

Erläuterungen zur Honorarverteilung in der KVSA für das Quartal IV/2010

Im Folgenden finden Sie Erläuterungen der für Sie bedeutsamen Regelungen zur Vergütung Ihrer Leistungen für das Quartal IV/2010. Die zugrundeliegenden Regelungen und Beschlüsse finden Sie auf der Homepage der KVSA, der Homepage der KBV und in den Bekanntmachungen im Deutschen Ärzteblatt.

Grundlagen der Honorarverteilung

Mit der zum 3. Quartal 2010 veränderten Systematik in der Honorarverteilung ist die Unterteilung einzelner Arztgruppen in Untergruppen hinfällig geworden. Für die in Anlage 1 1.1 genannten Arztgruppen werden nun quartalsweise ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) gebildet, welche in der Regel ein Gesamtvolumen der Praxis darstellen.

Für die in Anlage 1 1.2. benannten Arztgruppen wird anstelle des RLV eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze (zKG) je Arzt/Therapeut je Quartal berechnet.

Regelleistungsvolumen (RLV)

Den Ärzten, die den in der Anlage 1 unter 1.1 genannten Arztgruppen zugeordnet sind, werden unter Berücksichtigung des Umfangs ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit arzt- bzw. praxispezifische Regelleistungsvolumen in Euro für jedes Quartal zugewiesen. Der durch die Zulassungsgremien festgelegte Umfang der Tätigkeit wird bei der Berechnung des RLV des Arztes berücksichtigt.

Zur Berechnung der RLV wird quartalsweise ein arztgruppenspezifischer Fallwert auf der Grundlage der durch die Arztgruppe abgerechneten Leistungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 dieser Arztgruppe gebildet. Dieser Fallwert der Arztgruppe wird multipliziert mit der RLV-Fallzahl des betreffenden Arztes aus dem jeweiligen Vorjahresquartal.

Für Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Einrichtungen nach § 311 SGB V oder Praxen mit mehr als einem zu berücksichtigenden Arzt werden im ersten Schritt die RLV je Arzt berechnet. Diese werden durch Addition der einzelnen RLV der Ärzte zu einem RLV der Praxis zusammengerechnet. Maßgeblich für die Vergütung von Leistungen ist das RLV der Praxis. Für Ärzte, die im Rahmen des Jobsharings, als Weiterbildungs- oder Entlastungsassistent tätig sind, wird kein eigenes RLV berechnet.

Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe erhalten einen Aufschlag von 10 % auf das Praxis-RLV. Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ oder Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte erhalten einen Aufschlag auf das Praxis-RLV um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal 6 Arztgruppen bzw. Schwerpunkte, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt einen Aufschlag von 2,5 %, maximal jedoch einen Aufschlag in Höhe von 40 %. Ob und in welcher Form die Aufschlagsregelung über das Jahr 2010 hinaus weitergeführt wird, entscheidet der Bewertungsausschuss. Der Aufschlag für die Praxis erfolgt mindestens in Höhe des Aufschlags des Vorjahresquartals, sofern sich die Zusammensetzung der Praxis nicht verändert hat. Eine Änderung der Systematik der Aufschlagregelung wird derzeit im Bewertungsausschuss nachgedacht. Insofern könnte hier ggf. eine Änderung für 2011 in Kraft treten.

Für Ärzte mit einer stark überdurchschnittlichen Fallzahl wird bei der Berechnung des RLV eine Abstaffelung des Fallwertes vorgenommen, wenn die RLV- Fallzahl des Arztes die RLV-Fallzahl der Arztgruppe je Arzt wie folgt übersteigt:

- bis 150 % der durchschnittlichen RLV- Fallzahl der Arztgruppe erfolgt keine Abstaffelung des Fallwertes
- über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV- Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwerts um 25 %
- über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV- Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwerts um 50 %
- über 200 % der durchschnittlichen RLV- Fallzahl der Arztgruppe erfolgt eine Minderung des Fallwerts um 75 %.

Beispiel: angenommener arztgruppenspezifischer Fallwert 32 Euro, RLV- Fallzahl Arzt 2.100 Fälle, durchschnittliche RLV-Fallzahl Arztgruppe 1000 Fälle

- bis zum 1.500. Fall des Arztes wird der Fallwert 32 € zur Berechnung des RLV herangezogen
- vom 1.501. Fall bis zum 1.700. Fall des Arztes wird der Fallwert 24 € zur Berechnung des RLV herangezogen ($32 \text{ € abzüglich } 25\% (8 \text{ €}) = 24 \text{ €}$)
- vom 1.701 Fall bis zum 2.000. Fall des Arztes wird der Fallwert 16 € zur Berechnung des RLV herangezogen ($32 \text{ € abzüglich } 50\% (16 \text{ €}) = 16 \text{ €}$)
- vom 2.001 Fall bis zum 2.100. Fall des Arztes wird der Fallwert 8 € zur Berechnung des RLV herangezogen ($32 \text{ € abzüglich } 75\% (24 \text{ €}) = 8 \text{ €}$).

Die Berechnung des RLV des Arztes anhand der abgestaffelten Fallwerte erfolgt im Beispielsfall wie folgt:

$$1.500 * 32 \text{ €} + 200 * 24 \text{ €} + 300 * 16 \text{ €} + 100 * 8 \text{ €} = 58.400 \text{ €}$$

Die Morbidität wird berücksichtigt, indem die Altersstruktur der Patienten des jeweiligen Arztes in Form eines Faktors errechnet wird. Dieser Faktor wird auf das Regelleistungsvolumen des jeweiligen Arztes angewandt. Die Altersklassen orientieren sich an den Altersklassen der Versicherten- bzw. Grundpauschalen und finden folgendermaßen Anwendung:

- bis vollendetem 5. Lebensjahr (Alter 0 bis 4 Jahre),
- ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (Alter 5 bis 58 Jahre),
- ab dem 60. Lebensjahr (ab Alter 59).

Die Formel für die Berechnung des Altersklassenfaktors wurde durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Durch diese Wichtung des RLV auf der Grundlage des Alters der behandelten Versicherten erhält eine Praxis, die beispielsweise im Vergleich zur Arztgruppe mehr Patienten mit dem höheren Leistungsbedarf pro Fall der Arztgruppe behandelt, ein erhöhtes RLV.

Maßgeblich für die Zuordnung der Leistungen und der RLV-Fallzahlen sind die seit dem 3. Quartal 2008 verwendeten lebenslangen Arztnummern (LANR).

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle (RLV-Fälle)

RLV-Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV.

Ausgenommen davon sind folgende Fälle:

- Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung)
- Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen
- Fälle auf denen ausschließlich
 - a) Leistungen des Kap. 35.2 des EBM bei Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,
 - b) die Laborkonsiliar- und Laborgrundpauschalen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- Fälle, in denen ausschließlich
 - a) laboratoriumsmedizinische Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM,
 - b) Leistungen und Kostenpauschalen des Kap. 40 EBM,
 - c) Leistungen des Kap. 19 EBM abgerechnet werden, sofern der Auftrag (Zielauftrag) ausschließlich zur Durchführung von Probenuntersuchungen erteilt wurde und diese nicht den RLV oder QZV unterliegen.

In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der RLV-Behandlungsfälle.

In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird zunächst der Anteil der RLV-Fälle eines Arztes an den RLV-Gesamtarztfällen der Praxis ermittelt. Die RLV- Behandlungsfälle der Praxis werden mit dem jeweiligen prozentualen Anteil eines Arztes an den RLV-Gesamtarztfällen multipliziert und dem entsprechenden Arzt als RLV- Fallzahl zugeordnet.

Die Summe der RLV-Fälle der Ärzte einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

In Anlage 3 sind alle Arztgruppen und deren zugeordnete QZV mit den betreffenden Beträgen in Euro der Arztgruppe aufgeführt. Die im Beschluss des Bewertungsausschusses aufgeführten Arztgruppen und QZV gelten in Sachsen-Anhalt nicht. Die in den QZV enthaltenen Leistungen unterliegen nicht dem RLV. Diese Leistungen werden daher bei der Ermittlung des RLV-Fallwertes nicht berücksichtigt.

Für die QZV wurden jeweils Leistungen bzw. Leistungsbereiche zusammengefasst, deren Inhalt in allen Arztgruppen gleich ist. Für die Erbringung dieser Leistungen ist jedoch immer die Zuordnung der jeweiligen Leistungen zum Fachgebiet und die Berechnungsmöglichkeit nach den arztgruppenspezifischen Vorgaben des EBM zu beachten. So beinhaltet das QZV Sonographie I zwar 17 Leistungen, jedoch wird die Erbringung der aufgeführten Leistungen in allen Arztgruppen aufgrund unterschiedlicher Genehmigungsumfänge und berufsrechtlicher Grenzen bei der Erbringung von Leistungen voneinander abweichen.

Für die Berechnung der QZV werden nicht wie bisher üblich die RLV-Fälle berücksichtigt, sondern die sogenannten Leistungsfälle. Hierunter versteht man die Behandlungsfälle auf denen im Vorjahresquartal die entsprechenden QZV-Leistungen abgerechnet wurden. Wurden beispielsweise in einer 1.000-Scheine Praxis in 100 Fällen Sonographieleistungen erbracht, so hat die Praxis 1.000 Behandlungsfälle und 100 Leistungsfälle, die für das QZV Sonographie relevant sind. Bei der Ermittlung der Leistungsfälle bleiben Fälle des organisierten Notfalldienstes und der sonstigen Kostenträger unberücksichtigt.

Der Fallwert für das QZV ergibt sich i.d.R. aus dem für dieses QZV zur Verfügung stehenden Vergütungsbereich (Basis sind die im Vorvorjahresquartal abgerechneten Leistungen des QZV der Arztgruppe) geteilt durch die Leistungsfälle (des Vorjahresquartals) der Ärzte einer Arztgruppe, die Anspruch auf das QZV haben. Der QZV-Fallwert der Arztgruppe wird mit den Leistungsfällen des Vorjahresquartals des Arztes multipliziert. Damit entsteht ein leistungsfallbezogenes QZV. Um die unterschiedliche Häufigkeit der Abrechnung der einzelnen Leistungen des einzelnen Arztes zu berücksichtigen, wird zusätzlich mit einem Korrekturfaktor (KF) multipliziert. Dieser stellt den Vergleich der Leistungsmenge des Arztes aus dem Vorvorjahresquartal in Punkten je Fall im Vergleich zur Leistungsmenge der Arztgruppe aus dem Vorvorjahresquartal in Punkten je Fall dar und stellt sicher, dass ein Arzt, der viele QZV-Leistungen je Leistungsfall erbringt auch ein entsprechend höheres QZV erhält. Der Durchschnitt in Punkten je Fall der Arztgruppe bildet dabei den KF 1. Dieser Korrekturfaktor ist somit ein Ausdruck für die Leistungsintensität der betreffenden Leistungen je Leistungsfall in der Vergangenheit. Hat beispielsweise ein Arzt im 4. Quartal 2008 50 Punkte pro Leistungsfall und die Arztgruppe 100 Punkte je Leistungsfall erbracht, erhält der Arzt einen Korrekturfaktor von 0,5.

Für das QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinische Rehabilitation“ wird abweichend davon das für dieses QZV zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen durch die Anzahl der berechtigten Ärzte dividiert. Damit entsteht insoweit ein Volumen je Arzt. Der KF wird für diese QZV aus dem Verhältnis der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals zur durchschnittlichen RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals gebildet und auf das Volumen je Arzt angewandt.

Eine gleichzeitige Gewährung der QZV „Kardiologie I“ und „Kardiologie II“ im Quartal ist ausgeschlossen. Erhält ein Facharzt für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie innerhalb eines Quartals die Genehmigung zur Durchführung des Kardiologiekomplexes II, so wird dieses QZV anstelle des bislang gewährten QZV „Kardiologiekomplex I“ gewährt. Der für das Quartal bereits gewährte KF sowie die bereits gewährte Leistungsfallzahl des Arztes wird unverändert übernommen.

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt in erster Linie arztbezogen, wird dann jedoch in Praxen mit mehr als einem zu berücksichtigendem Arzt praxisbezogen addiert, wenn die in der Praxis tätigen Ärzte über die Voraussetzung für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügen. Voraussetzung zur Zuweisung eines QZV ist neben einer ggf. nachzuweisenden Qualifikation die Abrechnung der betroffenen Leistung(en) im Vorjahresquartal.

Insofern ergibt sich in der Regel für die Praxis ein Gesamtvolume welches sich aus RLV und entsprechende QZV zusammensetzt. Für Ärzte die Leistungen der QZV neu erbringen oder die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen der Anfängerregelung ausüben gelten Sonderregelungen (s. unten).

Verrechnungsmöglichkeit

Das einer Praxis somit zugewiesene RLV und die ggf. zugewiesenen verrechnungsfähigen QZV bilden i.d.R. ein insgesamt verrechnungsfähiges Gesamtvolume, was sowohl mit RLV- als auch QZV-Leistungen gefüllt werden kann. Dem Gesamtvolume steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolume mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Bei Ärzten die ihre vertragsärztliche Tätigkeit neu aufgenommen haben wird in der Regel über einen Zeitraum von 8 Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe oder des Vorgängers herangezogen. Die Verrechnung der Leistungen des RLV mit den Leistungen der QZV und umgekehrt ist für diesen Zeitraum nicht

möglich. Dem Arzt der die vertragsärztliche Tätigkeit beginnt, wird während des Zeitraumes der 8 Quartale die Möglichkeit gegeben seine Praxis bezüglich der QZV zu profilieren. Innerhalb des RLV bzw. der QZV erfolgt eine Vergütung der erbrachten Leistungen entsprechend dem im EBM festgelegten Eurobetrag, bei Überschreitung werden die Leistungen mit einem abgestaffelten Preis vergütet.

Für Ärzte die in einer Kooperationsform mit anderen Ärzten tätig sind (z. B. BAG, MVZ, Einzelpraxis mit angestelltem Arzt) und sich noch in den ersten 8 Quartalen seit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit befinden, ist eine Verrechnungsfähigkeit der QZV-Leistungen weder mit dem Praxis-RLV noch mit den QZV der anderen Ärzte gegeben. Die dem neuen Arzt zugewiesenen QZV werden einzeln und isoliert betrachtet und den abgerechneten Leistungen des entsprechenden QZV gegenübergestellt.

Werden außerhalb der Anfängerregelung Leistungen der QZV neu erbracht (z. B. bei Neuerteilung einer Genehmigung), erfolgt die Zuweisung erst mit der Honorarabrechnung, erstmalig in dem Quartal in dem die betreffende(n) Leistung(en) erbracht worden ist (sind). Insofern erfolgt die Berechnung der Höhe des QZV anhand der im jeweils geltenden Abrechnungsquartal abgerechneten QZV- Leistungsfälle nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung. Für das zutreffende QZV findet der KF 1 Anwendung. Diese Regelung gilt für max. 6 Quartale seit Abrechnung der Leistung(en). Im 7. Quartal der Leistungserbringung wird der Durchschnitt des 1. bis 3. Quartals der Leistungserbringung herangezogen. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV oder den RLV/QZV anderer Ärzte der Praxis ist für das betreffende QZV in den ersten 6 Quartalen der Leistungserbringung nicht möglich.

Fallzahlzuordnung RLV/QZV bei Neuzulassung

Für Ärzte die den RLV unterliegen und die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, gilt zur Berechnung des RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen die Anfängerregelung. Somit wird anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung des RLV.

Für Ärzte die die vertragsärztliche Tätigkeit auf- und eine Praxis übernehmen, wird zur Berechnung des RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers verwendet. In den ersten vier Quartalen der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorjahresquartals, im 2. Jahr der Tätigkeit wird die RLV-Fallzahl je Arzt des Vorgängers des Vorvorjahresquartals verwendet, soweit dessen Fallzahl im jeweiligen Vorjahresquartal bzw. Vorvorjahresquartal die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe im entsprechenden Quartal übersteigt. Unterschreitet die Fallzahl des Vorgängers die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des Vorjahresquartals bzw. Vorvorjahresquartal, wird die jeweilige durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des entsprechenden Quartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung des RLV.

Die Berechnung der Leistungsfallzahlen für die QZV erfolgt entsprechend den für die Berechnung der RLV-Fallzahlen geltenden Regelungen.

Auf diese sogenannte Anfängerregelung kann auf Antrag verzichtet werden. Dann wird für die verbleibende Zeit der Anfängerregelung, also maximal 8 Quartale seit Beginn der Tätigkeit, die tatsächliche RLV- bzw. QZV-Fallzahl verwendet. Die Festsetzung des RLV/der QZV erfolgt in diesem Fall mit der Honorarendabrechnung. Der Altersfaktor bleibt auch nach dem Verzicht bei 1,0. Der Korrekturfaktor für die QZV bleibt ebenfalls bei 1,0 und das RLV und die QZV können untereinander nicht verrechnet werden. Zum 9. Abrechnungsquartal wird die RLV-Fallzahl und die QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals der Praxis verwendet. Ab dem 9. Quartal entsteht somit auch ein RLV/QZV-Gesamtvolumen und damit die Möglichkeit der gegenseitigen Verrechnung von RLV- und QZV-Leistungen.

Für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, wird zur Berechnung des RLV über einen Zeitraum von vier Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes/der Einrichtung des Vorjahresquartals die tatsächliche RLV-Fallzahl des Arztes/der Einrichtung des jeweiligen Abrechnungsquartals verwendet. Im Übrigen gelten die Regelungen zur Berechnung des RLV.

Für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, wird zur Berechnung der durch die Änderung betroffenen QZV über einen Zeitraum von vier Quartalen der KF 1 verwendet. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV ist für das betreffende QZV in diesem Zeitraum nicht möglich..

Abgestaffelter Preis

Für die Leistungen die das RLV einschließlich der QZVüberscheiten, wird ein abgestaffelter Preis gezahlt, der in jedem Quartal unterschiedlich hoch ist. Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistungen dar.

Zusammensetzung des möglichen Gesamthonorars, tatsächliche Vergütungshöhe

Das mögliche Gesamthonorar Ihrer Praxis errechnet sich aus der Summe des zur Verfügung stehenden verrechnungsfähigen Praxis-Gesamtvolumens entsprechend dessen Auslastung, ggf. den nicht verrechnungsfähigen QZV entsprechend der jeweiligen Auslastung, dem ggf. abgestaffelten Honorar aus den darüber hinaus erbrachten Leistungen, ggf. dem Honorar für die Leistungen des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes, ggf. dem Honorar der abgerechneten Laborleistungen, ggf. dem Honorar der Leistungen der antragspflichtigen Psychotherapie gemäß Kap. 35.2 des EBM sofern diese durch Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbracht wurden und ggf. dem Honorar für Leistungen die von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden.

Die tatsächliche Höhe des Honorars hängt dagegen davon ab, ob und in welcher Höhe die Praxis das zugewiesene verrechnungsfähige Gesamtvolume und die ggf. nicht verrechnungsfähigen QZV tatsächlich durch erbrachte und abgerechnete Leistungen ausschöpft und in welchem Umfang freie Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Eine Aufstellung der für Ihre Arztgruppe möglichen QZV und die arztgruppenbezogenen QZV finden Sie in Anlage 3.

In besonderen Situationen kann im begründeten Einzelfall durch den Arzt ein Antrag auf Veränderung des RLV bzw. QZV gestellt werden, der durch den Vorstand der KVSA zu entscheiden ist. Nähere Regelungen finden sich in der regionalen Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses welche auf Landesebene mit Krakenkassen vereinbart wurde.

Kriterien zur Erhöhung der RLV bzw. QZV

Bei Anwendung der Fallwertabstaffelung bei einem Arzt der die Fallzahl der Arztgruppe deutlich übersteigt gilt Folgendes:

1. Aus Sicherstellungsgründen kann in begründetem Einzelfall auf Antrag des Arztes von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden:

bei Tätigkeit eines Arztes in einer Region, die durch den Landesausschuss als unversorgt, drohend unversorgt oder mit lokalem Versorgungsbedarf definiert ist

oder

bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten wegen Krankheitsvertretung oder Übernahme von Patienten wegen Aufgabe oder des Ruhens einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit mit gleichem oder ähnlichem Versorgungsauftrag in der näheren Umgebung des Antragstellers 2. Bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der RLV/QZV- Fallzahlen können auf Antrag des Arztes durch die KVSA Erweiterungen der Regelleistungsvolumen bzw. der QZV gewährt werden.

Der Antrag ist unter Vorlage entsprechender Nachweise besonders zu begründen. Die KVSA zieht die ihr vorliegenden Nachweise wie Sammelerklärung, Abwesenheitsmitteilung, Krankheitsmeldung, Nachweis von Mutterschutzzeiten, Beschlüsse des Zulassungsausschusses u. Ä. zur Prüfung des Antrags entsprechend heran.

Darüber hinaus kann in nachfolgenden Fällen bei einer Fallzahlsteigerung im aktuellen Quartal gegenüber der im RLV-Bescheid zugrunde gelegten Fallzahl ein Antrag gestellt werden:

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund

a) urlaubsbedingter Vertretung,
wenn die RLV/QZV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals grundsätzlich um mehr als 20 % übersteigt

b) krankheitsbedingter Vertretung

wenn die RLV/QZV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals grundsätzlich um mehr als 15 % übersteigt. Der Antragsteller muss den/die zu vertretenden Arzt/Ärzte benennen.

Die für das RLV/QZV zugrunde zu legende Fallzahl des Antragstellers ist um die in Punkt a) bzw. b) den Prozentsatz übersteigende RLV/QZV-Fallzahl zu erhöhen.

c) der Aufgabe oder des Ruhens einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit mit gleichem oder ähnlichem Versorgungsauftrag in der näheren Umgebung des Antragstellers, wenn die RLV/QZV-Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals in versorgungsrelevantem Umfang übersteigt.

Liegen diese Voraussetzungen vor, erhält der antragstellende Arzt die entsprechende RLV/QZV-Fallzahl anerkannt.

d) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren RLV/QZV-Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

Es erfolgt eine Überprüfung der RLV/QZV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe. Als Gründe für eine längere Abwesenheit oder eingeschränkte Praxistätigkeit kommen Krankheit mit einer Dauer von grundsätzlich mehr als 10 Arbeitstagen, Schwangerschaft, Mutterschutz und andere nachvollziehbare Ursachen in Betracht. Voraussetzung einer Entscheidung in diesen aufgeführten Fällen ist, dass geeignete Nachweise durch den Antragsteller erbracht werden. Bei Verringerung der Praxistätigkeit ist der eingeschränkte Umfang der Sprechstunden nachzuweisen.

Berücksichtigung findet auch eine RLV/QZV-Fallzahlsteigerung infolge einer erstmaligen Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus

Sicherstellungsgründen. Für die Entscheidung heranzuziehen ist der aktuelle Beschluss des Zulassungsausschusses.

Die Anpassung der sich daraus ergebenden RLV/QZV-Fallzahl erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

Durch die Erhöhung der RLV/QZV-Fallzahl erhöht sich für das betreffende Quartal das RLV und/oder ggf. das QZV und damit die Anzahl der Leistungen, die mit den Beträgen der Eurogebührenordnung und nicht mit den abgestaffelten Preisen vergütet werden.

Praxisbesonderheiten

Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA für einen befristeten Zeitraum unter Berücksichtigung einer Überprüfung der Fallzahlentwicklung. Es erfolgt eine Überprüfung der Praxisbesonderheiten hinsichtlich eines besonderen Versorgungsauftrages oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Im Einzelfall erfolgt eine Überprüfung der vorgetragenen Sachverhalte unter Hinzuziehung geeigneter Unterlagen, z. B. Beschluss des Zulassungsausschusses, Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen.

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis in den Quartalen des Jahres 2010 im Vergleich zum jeweiligen Vorvorjahresquartal um mehr als 15 %, kann die KVSA auf Antrag des Arztes quartalsbezogene Ausgleichszahlungen bis maximal 85 % des Honorars des Vorvorjahresquartals an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultiert oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Der Zulassungsstatus muss in den Vergleichsquartalen identisch sein.

Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik resultieren. Unberücksichtigt bleiben demnach z. B. Kosten gemäß Kapitel 32 und 40.

Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens

Leistungen die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden, erhalten Sie auch weiterhin außerhalb der RLV und außerhalb der QZV als sogenannte freie Leistungen vergütet, z. B. Präventionsleistungen (Check up, Krebsvorsorge etc.), Leistungen des ambulanten oder belegärztlichen Operierens.

Die in der Anlage 2 aufgeführten Leistungen unterliegen nicht den RLV und QZV und werden i. d. R. mit den Beträgen gemäß der regionalen Eurogebührenordnung vergütet.

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Ärzte und Therapeuten die den in der Anlage 1 1.2 genannten Arztgruppen zugeordnet sind, erhalten anstelle von RLV und QZV zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Für jede erbrachte Leistung des jeweiligen Arztes/Therapeuten der genannten Arztgruppen wird die in Anhang 3 des EBM aufgeführte Prüfzeit herangezogen und addiert.

Bsp.: Probatorische Sitzung, EBM-Nr. 35150 * 5, Prüfzeit aus Anhang 3 EBM á 70 min. = 350 Minuten;

Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, EBM-Nr. 35210 * 40, Prüfzeit aus Anhang 3 EBM á 70 min = 2800 Minuten:

Den so ermittelten Zeiten für die abgerechneten Leistungen werden den zugewiesenen Kapazitätsgrenzen je Arzt/Therapeut gegenüber gestellt, die in Minuten ausgewiesen sind. Die Kapazitätsgrenzen werden folgendermaßen ermittelt:

1. für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen werden pro Quartal 27.090 Minuten zugewiesen. Dieser Betrag ist bundeseinheitlich festgelegt und geht von dem Zeitbedarf eines voll ausgelasteten psychotherapeutischen Arzt/Therapeuten aus,
2. für die übrigen erbrachten, nicht antragspflichtigen Leistungen für die im Anhang 3 Prüfzeiten hinterlegt sind, werden für die jeweilige Arztgruppe Durchschnittswerte der insgesamt in der Arztgruppe abgerechneten Prüfzeiten berechnet und dem jeweiligen Arzt/Therapeuten zugewiesen.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen des Arztes/Therapeuten bilden sich aus der Summe der Zeiten aus 1. und 2., so dass der Arzt/Therapeut die Möglichkeit hat, die Kapazitätsgrenzen entweder mit mehr antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen oder, wie oft in der Anfangsphase, mit mehr nicht antragspflichtigen Leistungen zu füllen. Bei Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zwischen Ärzten/Therapeuten die den RLV (Anlage 1 1.2) und Ärzten/Therapeuten die den zKG unterliegen, werden die zKG der beteiligten Ärzte/Therapeuten nicht zusammengerechnet. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen werden je Arzt/Therapeut gesondert den jeweiligen zKG des Arztes/Therapeuten gegenübergestellt.

Bis zur Höhe der zKG werden die erbrachten Leistungen mit dem im EBM festgelegten Eurobetrag vergütet. Bis zur 1,5fachen Überschreitung der zKG werden die Leistungen mit dem quotierten Betrag vergütet, darüber hinaus erbrachte Leistungen werden nicht mehr vergütet. Überschreitungen der zKG eines Arztes/Therapeuten können in einer BAG zwischen Ärzten/Therapeuten der in Anlage 1 1.2 genannten Arztgruppen nicht mit freien zKG der weiteren Ärzte/Therapeuten der BAG verrechnet werden.

Der Umfang der Tätigkeit wird bei der Berechnung der Kapazitätsgrenzen berücksichtigt. Aufgrund der Beschaffenheit der zKG und der damit verbundenen Beschlusslage gibt es keine Anfänger- und Ausnahmeregelungen.

Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte orientiert sich an den Vorgaben der Bedarfsplanung. Demnach muss der Anteil der Leistungen des Abschnitts 35.1 mit Ausnahme der Nrn. 35100 und 35110, der Leistungen des Abschnitts 35.2 und 35.3 des EBM im Durchschnitt der letzten 4 Quartale mindestens 90 % der Gesamtleistungsmenge betragen.

Ist dieses Kriterium erfüllt, gilt die Einstufung für die nächsten 4 Quartale.

Das mögliche Honorar eines Arztes/Therapeuten nach den zKG errechnet sich aus der Summe der dem jeweiligen Arzt/Therapeuten zustehenden zKG und den ggf. nicht den ZKG unterliegenden extrabudgetär vergüteten Leistungen.

Die tatsächliche Höhe des Honorars eines Arztes/Therapeuten hängt dagegen davon ab, ob und in welcher Höhe der Arzt/Therapeut die zugewiesenen zKG durch erbrachte und abgerechnete Leistungen ausschöpft. Hinzu kommen die Leistungen, die mit abgestaffelten Preisen vergütet werden, soweit die zKG überschritten wurden und den ggf. nicht den ZKG unterliegenden extrabudgetär vergüteten Leistungen.

Regionale Gebührenordnung

Die regionale Eurogebührenordnung für ärztliche Leistungen in ihrer jeweils gültigen Fassung weist die Leistungen mit Europeisen aus. Die Europeise ergeben sich in dem die Bewertung der Leistungen in Punkten des durch den Bewertungsausschuss erlassenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit dem regionalen Regelversorgungspunktwert in Höhe von 3,5048 Cent multipliziert wird.

Die Vergütung der Leistungen des Mammographiescreenings erfolgt in Sachsen-Anhalt mit einem Punktwert von 3,6048 Cent. Die für das jeweilige Quartal des Jahres 2010 geltenden Preise und Kurztexte der Leistungen finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvsda.de/Mitglieder/Abrechnung/EBM_2010 auch unter der Angabe der ggf. in unternversorgten Bereichen geltenden Vergütungsbeträge.

Zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, werden Zuschläge auf den Punktwert der Regelversorgung bei Unterversorgung nach definierten Planungsbereichen und Versorgungsmaßen entsprechend den festgelegten Versorgungsgraden gewährt. Es erfolgt eine Unterteilung in 2 Stufen der Unterversorgung. Unterversorgung II liegt vor, wenn der Versorgungsgrad 56,25 Prozent bei Hausärzten bzw. 37,5 Prozent bei Fachärzten unterschreitet. Unterversorgung I herrscht, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten größer gleich 56,25 Prozent, aber kleiner als 75 Prozent ist bzw. bei Fachärzten größer gleich 37,5 Prozent, aber kleiner als 50 Prozent ist. Für Arztgruppen und Regionen die als überversorgt gelten oder die nicht der Bedarfsplanungs-Richtlinie unterliegen, gelten alle Planungsbereiche im Sinne dieses Beschlusses als regelversorgt und erhalten somit den Punktwert der Regelversorgung. Eine Umsetzung für die betroffenen Praxen erfolgt durch die KVSA automatisch. Die Punktwerte der Unterversorgung gelten nicht für Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40. Darüber hinaus finden die Unterversorgungspunktwerte bei Probenuntersuchungen sowie Leistungen ausschließlich zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen keine Anwendung. Dies umfasst folgende Leistungen:

- Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 1.7: 01701, 01733, 01743, 01756, 01757, 01783, 01790, 01791, 01793, 01800 bis 01811, 01816, 01826, 01829, 01833, 01835, 01836, 01838, 01839, 01840, 01915,
- Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 8.5: 08571, 08573, 08574,
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11: 11230, 11231, 11310, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322,
- Laborgrundpauschale nach der Gebührenordnungsposition 12225,
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19: 19310, 19311, 19312, 19313, 19314, 19315, 19320, 19321, 19322, 19330, 19331, 19332,
- Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001,
- Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35: 35130, 35131 sowie
- ausschließlich als Auftragsleistung erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01827, 03241, 04241, 13253 und 27323, sofern nicht gleichzeitig und/oder zeitnah im selben Behandlungsfall eine Leistung erbracht wird, die einen Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich macht.

Die Punktwerte der Unterversorgung wurden wie folgt festgelegt:

Punktwerte Unterversorgung 2010

		Unterversorgung I [Cent]	Unterversorgung II [Cent]
Gruppe 1	alle Fachgruppen ohne: Radiologen Chirurgen Psychotherapeuten	3,8553	4,2058
Gruppe 2	Radiologen Chirurgen	3,7852	4,0656
Gruppe 3	Psychotherapeuten	3,9779	4,4511

Anlage 1 Arztgruppen Quartal IV/2010

1.1 Arztgruppen RLV

FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin

FÄ für Kinderheilkunde

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde

FÄ für Anästhesie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie

FÄ für Augenheilkunde

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde

FÄ für Chirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie

FÄ für MKG – Chirurgie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG – Chirurgie

FÄ für Neurochirurgie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie

FÄ für Gynäkologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Gynäkologie

FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie

FÄ für Dermatologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie

FÄ für Innere Med. (fachärztl. Tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP*

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt

FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie

FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie

1.1 Arztgruppen RLV

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Hämatologie u./o. SP* Onkologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie u./o. SP* Onkologie
FÄ für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
FÄ für Neurologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT** gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT** gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie
FÄ für Orthopädie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
FÄ für Radiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
FÄ für Nuklearmedizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin
FÄ für Urologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
FÄ für Physikalische Rehabilitative Medizin
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalische Rehabilitative Medizin
FÄ für Humangenetik
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Humangenetik
Fachärzte für Strahlentherapie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Strahlentherapie

1.2 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychologische Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

- *SP = Schwerpunkt
- **RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie

Anlage 2

Leistungen, Leistungsbereiche und Kostenerstattungen, die als freie Leistungen zusätzlich zu den RLV bzw. QZV vergütet werden

- Leistungen aus Sonderverträgen der KV Sachsen-Anhalt bzw. der KV Management Gesellschaft mbH, die in der Liste der KV-eigenen Leistungen enthalten sind, z. B. DMP, HZV, Impfleistungen
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
- Leistung nach EBM-Nr. 01833 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (01759, 34274),
- Leistungen der künstlichen Befruchtung gem. Bundesempfehlung,
- die Substitutionsbehandlung (01950 bis 01956),
- Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,
- Balneophototherapie nach der EBM-Nr.10350
- Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32,
- Kostenpauschalen des Kapitels 40,
- Leistungen im Zusammenhang mit der Apheresebehandlung bei isolierter Lp(a)-Erhöhung, (GOP 13622)

Leistungen in der Versorgung HIV-Infizierter (Abschnitt 30.10 EBM),

Diagnostik bei konkreten Verdachtsfällen der Infektion mit der sog. neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) 88740 und 88741,

- Leistungen Abschnitt . 35.2 EBM der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde
- Strahlentherapie (Kapitel 25),
- Leistungen Kapitel 19 bei Überweisungsfällen (Zielauftrag) zur ausschließlichen Durchführung von Probenuntersuchungen

Anlage 3 QZV für das 4. Quartal 2010

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem hausärztlichen Versorgungsauftrag
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	138,73	138,73
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	76,64	76,64
Hyposensibilisierung	30.1.3	29,66	29,66
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	23,86	23,86
Chirotherapie	30.2	6,46	6,46
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	0,00	0,00
Ergometrie	03321, 04321	12,12	12,12
Polygraphie	30900	41,63	41,63
Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	8,95	8,95
Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324	4,60	4,60
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322	7,03	7,03
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,33	6,33
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	127,19	127,19
Psychologische Testverfahren	35.3	5,40	5,40
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	222,54	222,54
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	57,29	57,29
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	20,21	20,21
Phlebologie	30.5	18,64	18,64
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,11	9,11
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,26	27,26
Spirometrie	03330, 04330	2,65	2,65
Verordnung medizinischer Rehabilitation*	01611	15,23	15,23
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415*	718,11	718,11

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde
		Fachärzte für Kinderheilkunde,	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	126,06	126,06
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	17,92	17,92
Ergometrie	03321, 04321	8,84	8,84
Hyposensibilisierung	30.1.3	18,42	18,42
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	7,42	7,42
Langzeit Blutdruckmessung	03324, 04324	3,35	3,35
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322,	2,87	2,87
Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 03332, 04331, 04332	0,25	0,25
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	2,50	2,50
Psychologische Testverfahren	35.3	15,93	15,93
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	58,74	58,74
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	227,00	227,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	7,99	7,99
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	16,63	16,63
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	17,21	17,21
Sonographie IV	33023	0,00	0,00
Spirometrie	03330, 04330	3,54	3,54
Leistungen der pädiatrischen Rheumatologie	4.5.3	16,21	16,21
Leistungen der pädiatrischen Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527	0,00	0,00
Leistungen der pädiatrischen Nephrologie	4.5.4	5,10	5,10
Leistungen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie	4.5.5	6,71	6,71
Leistungen der pädiatrischen Kinderkardiologie	4.4.1	35,65	35,65
Leistungen der pädiatrischen Neuropädiatrie	4.4.2	17,61	17,61

Leistungen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie	4.4.3	8,97	8,97
Leistungen der pädiatrischen Pneumologie	4.5.2	19,58	19,58
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415*	124,35	124,35

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	
Akupunktur	30.7.3	166,05	166,05
Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	164,27	164,27
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	9,53	9,53
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	90,54	90,54
Psychologische Testverfahren	35.3	2,24	2,24
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	458,98	458,98
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	81,22	81,22
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	65,90	65,90

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Augenheilkunde	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Fluoreszensangiographie,	06331	36,67	36,67
Schielbehandlung	06320, 06321	11,56	11,56
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	19,00	19,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie
		Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,81	8,81
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,65	27,65
Gastroenterologie I	13400	78,68	78,68
Phlebologie	30.5	15,13	15,13
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	3,92	3,92
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	12,01	12,01

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Betrag pro Leistungsfall in €	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	12,55	12,55
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	12,98	12,98
Zusatzpauschale Onkologie	15345	14,40	14,40

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Frauenheilkunde	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Frauenheilkunde
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Histologie/Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	2,85	2,85
<u>Labor-Grundpauschale</u>	12225, 01701	0,39	0,39
<u>Inkontinenzbehandlung</u>	08310, 08311, 26313	50,12	50,12
<u>Kurative Mammographie</u>	34270, 34271, 34272, 34273	37,89	37,89
<u>Mamma-Stanzbiopsie</u>	08320	41,48	41,48
<u>Sonographie V</u>	33041	13,08	13,08
<u>Psychologische Testverfahren</u>	35.3	0,00	0,00
<u>Praxisklinische Beobachtung und Betreuung</u>	01510, 01511, 01512	156,58	156,58
<u>Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren</u>	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,96	13,96
<u>Richtlinienpsychotherapie I</u>	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
<u>Richtlinienpsychotherapie II</u>	35.2	0,00	0,00
<u>Sonographie III</u>	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	23,49	23,49

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/ Einrichtungen m. d. Versorgungsauftrag Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Phoniatrie, Pädaudiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Phoniatrie/Pädaudiologie II	20310, 20311, 20312, 20313, 20314, 20320, 20321, 20322, 20323, 20334, 20340, 20350, 20351, 20352, 20353, 20360, 20361, 20370, 20371	20,17	20,17
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	32,28	32,28
Hyposensibilisierung	30.1.3	27,27	27,27
Otoakustische Emissionen	09324, 20324	9,64	9,64
Prüfung der Labyrinthe	09325, 20325	19,15	19,15
Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327	21,15	21,15
Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336, 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	19,60	19,60
Polygraphie	30900	47,71	47,71
Polysomnographie	30901	515,86	515,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,96	10,96
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	5,22	5,22
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	4,93	4,93

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechtskrankheiten
			Betrag pro Leistungsfall in €
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	45,43	45,43
Hyposensibilisierung	30.1.3	33,43	33,43
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	37,76	37,76
Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	74,77	74,77
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,46	0,46
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	74,72	74,72
Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 03332, 04331, 04332	8,47	8,47
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	12,44	12,44
Phlebologie	30.5	8,89	8,89
Physikalische Therapie	30.4	52,86	52,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,04	13,04
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,49	6,49
Histologie/Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	16,26	16,26
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	22,45	22,45

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
		Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	0,00	0,00
Laborgrundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	0,00	0,00
Hyposensibilisierung	30.1.3	21,90	21,90
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	47,43	47,43
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	10,88	10,88
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	0,00	0,00
Polygraphie	30900	45,86	45,86
Polysomnographie	30901	478,89	478,89
Phlebologie	30.5	15,17	15,17
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	17,13	17,13
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	10,70	10,70
Gastroenterologie I	13400	69,98	69,98
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	8,92	8,92
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	114,27	114,27
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	21,98	21,98
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	18,88	18,88
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	11,99	11,99
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	21,68	21,68
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,63	27,63
Sonographie IV	33023	44,00	44,00

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
		Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	9,53	9,53

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
		Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	9,85	9,85
Phlebologie	30.5	10,03	10,03
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,33	0,33
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	5,45	5,45
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,60	8,60
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	26,34	26,34
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	44,48	44,48
Sonographie IV	33023	38,19	38,19

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,84	9,84
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	37,72	37,72
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Osteodensitometrie	34.6	12,14	12,14

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,24	13,24
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	176,79	176,79
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,96	27,96
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	19,98	19,98
Gastroenterologie I	13400	67,19	67,19

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Zytostatische Chemotherapie	02101	37,69	37,69
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,36	0,36
Transfusionen	02110, 02111	47,79	47,79
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	4,50	4,50
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	185,20	185,20
Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie	13502	13,07	13,07

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,66	9,66
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	33,89	33,89
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	8,98	8,98
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Interventionelle Kardiologie	34290, 34291, 34292, 01520, 01521	296,62	296,62
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	9,01	9,01
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	6,50	6,50
Sonographie IV	33023	21,76	21,76
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545	44,76	44,76
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	56,59	56,59
Ergospirometrie	13560, 13660	5,78	5,78
Polygraphie	30900	46,13	46,13
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	19,51	19,51

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Bronchoskopie / Thorakoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	91,90	91,90
Ergospirometrie	13560, 13660	38,24	38,24
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,12	12,12
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Polygraphie	30900	43,54	43,54
Polysomnographie	30901	576,30	576,30
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	10,65	10,65

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag
		Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Osteodensitometrie	34.6	11,37	11,37
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512	52,51	52,51
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	23,81	23,81
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	9,86	9,86
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	17,07	17,07
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	22,30	22,30
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	20,18	20,18

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	29,12	29,12
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	14,23	14,23
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	35,96	35,96

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
		Betrag pro Leistungsfall in €	
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,26	11,26
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	205,10	205,10
Psychologische Testverfahren	35.3	42,51	42,51
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	26,86	26,86
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	0,00	0,00

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
		Betrag pro Leistungsfall in €	
Akupunktur	30.7.3	154,92	154,92
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	30,88	30,88
Chirotherapie	30.2	9,57	9,57
Polygraphie	30900	45,51	45,51
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	23,80	23,80
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	111,77	111,77
Psychologische Testverfahren	35.3	7,67	7,67
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	39,46	39,46
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	21,82	21,82
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	18,82	18,82
Lumbalpunktion	02342	0,00	0,00
Dringende Besuche *	01411, 01412, 01415	24,93	24,93
Polysomnographie	30901	636,82	636,82

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Neurochirurgie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
			Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	167,83	167,83
Chirotherapie	30.2	4,55	4,55
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,59	6,59
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	105,99	105,99
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	28,30	28,30
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	43,31	43,31
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	29,16	29,16

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurologie
		Fachärzte für Neurologie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	0,00	0,00
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	29,80	29,80
Chirotherapie	30.2	4,64	4,64
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	53,68	53,68
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	16,34	16,34
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	1,54	1,54
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	46,02	46,02
Blinkreflex, Neurophysiologie, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	22,85	22,85
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	24,52	24,52
Lumbalpunktion	02342	53,41	53,41

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Nuklearmedizin	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,25	6,25
MRT	34.4.1 - 34.4.6	135,98	135,98
Nuklearmedizinische Leistungen	17310 bis 17373	88,61	88,61
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
MRT-Angiographie	34.4.7	94,01	94,01

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
		Fachärzte für Orthopädie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	116,84	116,84
Chirotherapie	30.2	5,24	5,24
Osteodensitometrie	34.6	8,81	8,81
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	50,68	50,68
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,90	12,90
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	57,99	57,99
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	27,64	27,64
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,94	6,94
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	10,81	10,81
Rheumatologie	18700	16,65	16,65

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	17,63	17,63
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	91,16	91,16
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	16,50	16,50
Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	19,04	19,04
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	81,49	81,49
Psychologische Testverfahren	35.3	1,70	1,70
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	12,28	12,28

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in €	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	38,31	38,31
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	47,15	47,15
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	0,00	0,00
Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	123,32	123,32
Psychologische Testverfahren	35.3	27,63	27,63
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	0,00	0,00

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall.

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
		Fachärzte für Diagnostische Radiologie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
CT	34.3, 34502	72,65	72,65
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	366,41	366,41
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	38,21	38,21
MRT	34.4.1 - 34.4.6	91,69	91,69
MRT-Angiographie	34.4.7	122,97	122,97
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,60	9,60
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	14,08	14,08
Mammapunktion	02341	6,19	6,19
Sonographie V	33041	11,52	11,52

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
		Fachärzte für Urologie	
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,31	0,31
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	46,01	46,01
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	123,86	123,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,87	11,87
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	2,70	2,70
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	19,13	19,13
Histologie / Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	8,04	8,04
Stoßwellenlithotripsie	26330	535,81	535,81
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, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	14,60	14,60

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Physikalisch-Rehabilitative Medizin
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	159,39	159,39
Chirotherapie	30.2	5,83	5,83
Physikalische Therapie	30.4	8,09	8,09
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	9,23	9,23
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140,	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	70,71	70,71
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	8,34	8,34
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	26,50	26,50

* Betrag ist abweichend von den übrigen Beträgen ein Betrag pro Arzt und nicht ein Betrag pro Leistungsfall