

Vereinbarung
über die
Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen
Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumen

mit Wirkung zum 01. Januar 2011

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
- nachfolgend KVHB genannt -

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK Bremen/Bremerhaven
- BKK Landesverband Mitte
Siebstr. 4, 30171 Hannover
- IKK gesund plus
handelnd als IKK Landesverband für das Land Bremen
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd als Landesverband für die
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen
- Knappschaft

und

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH – Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

Präambel

Mit Wirkung ab dem 01.01.2009 werden vertragsärztliche Leistungen mit den Preisen der regional geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der zu diesen Preisen zu vergütenden Leistungen wird durch das gesetzlich vorgeschriebene Instrument des Regelleistungsvolumens begrenzt; überschreitende Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen vergütet.

Der Gesetzgeber hat den Bewertungsausschuss beauftragt, dieses Vergütungssystem durch verbindliche Vorgaben, insbesondere die Festlegung der nicht mengenbegrenzten Leistungen, für die regionale Ebene zu strukturieren. Der Bewertungsausschuss hat zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages am 02.09.2009, 22.09.2009 und 26.03.2010 sowie in seiner 239. Sitzung die notwendigen Beschlüsse gefasst.

1.

Vertragsgegenstand und Geltungsbereich

- a) Auf der Grundlage der vom Bewertungsausschuss getroffenen Beschlüsse, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind, vereinbaren die Vertragspartner ergänzend die zur Umsetzung dieses Vergütungssystems notwendigen Regelungen.
- b) Diese Vereinbarung gilt für alle im Bereich der KVHB an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen. Sie gilt auch für die bei den zuvor genannten Leistungserbringern angestellten Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten. Sie gilt ferner für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie für Krankenhäuser und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, soweit sie ambulante Notfalleleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

Alle vorstehend genannten Vertragsärzte, Therapeuten und Einrichtungen, die den Regelungen dieses Vertrages unterliegen, werden in diesem Vertrag als „Ärzte“ bezeichnet.

2.

Grundsatz der Vergütung der Ärzte

2.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87c Abs. 4 SGB V

Die Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, werden – vorbehaltlich den nachfolgenden Regelungen – auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Leistungen wird gesetzlich durch quartalsbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) begrenzt.

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus Beschluss Teil F, Anlage 1

2.2 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87c Abs. 4 SGB V

Die Vergütung für diese Leistungen ergibt sich aus der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie ergänzend abgeschlossenen Vereinbarungen.

3.

Umfang des von den Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung

3.1 Ärzte und Arztgruppen

Eine Zuweisung von Regelleistungsvolumen bzw. qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen. Bei Ärzten, die mehreren der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zugeordnet werden können (z. B. Doppelzulassung), erfolgt die Zuordnung entsprechend der Zuordnung zur Abrechnungsfachgruppe (Identifikation über Betriebsstätten-Nr.).

3.2 Leistungen, für die qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet werden

Die Leistungen, für die qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet werden, sind in der Anlage 2 aufgeführt.

3.3 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen
- Vergütungsbereich für die Vergütung besonders förderungswürdiger ärztlicher Leistungen nach Anlage 3

Die Aufteilung des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens auf die Vergütungsbereiche erfolgt entsprechend der Höhe des Leistungsbedarfs der Vergütungsbereiche am Gesamtleistungsbedarf im entsprechenden Quartal des Jahres 2008, unter Berücksichtigung der seitdem vorgenommenen EBM-Anpassungen.

Die KVHB kann bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumen einer Arztgruppe innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die arztgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden.

3.4 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nicht unterliegen

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, nach Beschluss Teil F, Abschnitt I Nrn. 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.1, 2.5.3, 2.5.4 und 2.5.5 unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Psychotherapeutische Leistungen werden nach Beschluss Teil F, Abschnitt Nr. 2.4 vergütet.

Für die dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegenden Leistungen von Arztgruppen, die dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nicht unterliegen, und ermächtigten Vertragsärzten wird ein Vergütungsvolumen bereitgestellt, das aus dem Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals 2008, angepasst durch die seitdem vorgenommenen EBM- und morbiditätsbedingten Anpassungen, gebildet wird. Übersteigen die angeforderten Euro-Beträge das bereitgestellte Vergütungsvolumen, erfolgt eine Quotierung.

3.5 Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Ziffer 3.4 nicht dem Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

4.

Ausnahmeregelungen

4.1 Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl nach Ziffer 3.5 kann die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen zugrunde gelegte Fallzahl auf Antrag – beschränkt auf das Antragsquartal – im Nachhinein erhöht werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist.

- a) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der unmittelbaren Umgebung der Arztpraxis
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft

- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der unmittelbaren Umgebung der Arztpraxis
- e) Niedrigere Fallzahl im Vorjahresquartal wegen quartalsversetzten Urlaubs, wegen Krankheit, Praxisschließungen oder vergleichbarer Sachverhalte

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl nach Ziffer 3.5 liegt vor, wenn der arztgruppenspezifische Durchschnitt des Anstiegs der Behandlungsfälle um mehr als 4 Prozentpunkte überschritten wird. Die Übernahme der Fallzahl bei Aufgabe einer Zulassung erfordert, dass es keinen Nachfolger, auch nicht als Angestellter, gibt.

Zeiten von Urlaub, Krankheit, Praxisschließungen oder aufgrund vergleichbarer Sachverhalte werden nur berücksichtigt, wenn sie für einen Zeitraum zusammenhängend von mindestens drei Wochen vorliegen. In diesen Fällen wird die wegen Abwesenheit nicht erreichte zulässige modulrelevante Fallzahl des Vorjahresquartals, alternativ die zulässige Fallzahl des Vorjahresquartals, maximal die eingereichte Fallzahl, unter Berücksichtigung von Ziffer 3.5 festgelegt.

4.2 Praxisbesonderheiten

Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheiten gelten ein besonderer Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, soweit hieraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% resultiert.

Der Vorstand der KVHB beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind. Die Verbände der Krankenkassen werden unverzüglich über entsprechende Maßnahmen unterrichtet. Die Krankenkassen sind berechtigt, zu diesen Maßnahmen binnen einer Woche nach Unterrichtung eine Stellungnahme abzugeben, die der Vorstand der KVHB bei seiner Entscheidung würdigt.

4.3 Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen bei Neuzulassung und Übernahme eines Vertragsarztsitzes

a) Neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

Für Ärzte, die erstmalig im Jahr 2008 oder später an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, wird längstens für drei Jahre das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für das jeweilige Quartal zugrunde gelegt. Das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen bzw. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen sind das Produkt aus dem arztgruppenspezifischen Fallwert und dem arztgruppenspezifischen Fallzahldurchschnitt der Fallzahlen nach Ziffer 3.5. Die Morbiditätsquote erhält den Wert 1.

Bei teilzeittätigen Ärzten wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

b) Übernahme eines Vertragsarztsitzes

Bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes werden die Fallzahlen des Vorgängers zugrunde gelegt. Bei Übernahme des Vertragsarztsitzes im Jahr 2008 oder später wird längstens für drei Jahre das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für das jeweilige Quartal zugrunde gelegt, soweit dies günstiger ist. Bei Neuzulassungen und Übernahmen vor 2008 wird auf Antrag im Einzelfall entschieden.

5.

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich sowohl das Honorar insgesamt als auch das Honorar je Fall einer Praxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KVHB im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren, wenn die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85% des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85% des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.

Als Honorar ist dabei das in den Honorarbescheiden der KVHB für das Vorjahresquartal anerkannte Honorar für alle ambulanten und stationären Behandlungsfälle des Arztes bezeichnet.

6.

Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses wegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Nr. 1 SGB V nachträglich erhöht wird, führt dies gegenüber den Ärzten zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale für diese Leistungen.

7.

Fallzahlenzuwachsbegrenzung, Fallzahlensicherung im Jahr 2011

1. Um eine ungerechtfertigte Erhöhung der Fallzahlen im Jahr 2010 mit Wirkung für das Regelleistungsvolumen 2011 zu vermeiden, wird der Fallzahlenzuwachs begrenzt. Grundlage für die Ermittlung der Regelleistungsvolumen im Jahr 2011 sind die eingereichten RLV-Fallzahlen der Praxis des Jahres 2010, begrenzt auf einen Zuwachs von 2 % gegenüber den zugewiesenen RLV-Fallzahlen der Praxis 2010. Fallzahlen unterhalb der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe dürfen bis zu dieser Fallzahl gesteigert werden und bilden die Berechnungsgrundlage.

2. Sofern Ärzte die dem Regelleistungsvolumen 2010 zugrunde gelegte Fallzahl um bis zu 7 % unterschreiten, gilt für 2011 weiterhin die zugrunde gelegte Fallzahl 2010. Höhere Unterschreitungen führen zu einer Minderung der Fallzahl.
3. Von den Regelungen nach 1. und 2. kann einvernehmlich abgewichen werden, wenn die Regelungen technisch nicht umgesetzt werden können.

8.

Fallzahlenzuwachsbegrenzung, Fallzahlensicherung im Jahr 2012

1. Um eine ungerechtfertigte Erhöhung der Fallzahlen im Jahr 2011 mit Wirkung für das Regelleistungsvolumen 2012 zu vermeiden, wird der Fallzahlenzuwachs begrenzt. Grundlage für die Ermittlung der Regelleistungsvolumen im Jahr 2012 sind die eingereichten RLV-Fallzahlen der Praxis des Jahres 2011, begrenzt auf einen Zuwachs von 2 % gegenüber den zugewiesenen RLV-Fallzahlen der Praxis 2011. Fallzahlen unterhalb der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe dürfen bis zu dieser Fallzahl gesteigert werden und bilden die Berechnungsgrundlage.
2. Sofern Ärzte die dem Regelleistungsvolumen 2011 zugrunde gelegte Fallzahl um bis zu 7 % unterschreiten, gilt für 2012 weiterhin die zugrunde gelegte Fallzahl 2011. Höhere Unterschreitungen führen zu einer Minderung der Fallzahl.

9.

Selektivverträge

Regelungen über eine gegebenenfalls erforderliche praxisindividuelle Bereinigungen der Regelleistungsvolumen wegen Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V vereinbaren die Vertragspartner zeitnah auf der Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses.

10.

Konvergenzverfahren

1. Der Vorstand der KVHB ist berechtigt, zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung Anpassungen vorzunehmen, sofern Honorarverluste bei einzelnen Arztgruppen durch die Umstellung der Steuerung auf die neue Systematik begründet sind. Dies gilt auch, wenn gegenüber dem Aufsatzjahr 2008 signifikante Veränderungen im Leistungsgeschehen auftreten.
2. Die Vertragspartner machen von der sich aus Beschluss Teil F, Abschnitt II. Nr. 1 ergebenden Möglichkeit Gebrauch, Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bzw. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden, einer Steuerung zu unterziehen.

3. Die Leistungen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I Nrn. 2.5.1, 2.5.3, 2.5.4 und 2.5.5 werden nur bis zur Höhe des jeweils zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumens vergütet. Bei höheren Anforderungen erfolgt eine Quotierung. Die besonders förderungswürdigen Leistungen nach Anlage 3 unterliegen ebenfalls einer Begrenzung. Für diese Leistungsbereiche wird quartalsweise je Versorgungsbereich ein Vergütungsvolumen bereitgestellt, das aus dem Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals 2008, angepasst durch die seitdem vorgenommenen EBM-Anpassungen, gebildet wird. Übersteigen die angeforderten Euro-Beträge das bereitgestellte Vergütungsvolumen, erfolgt eine Quotierung.

11.

Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen

Auf der Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses werden folgende Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V vereinbart:

- a) Von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:
- Zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - Für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - Zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - Für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - Zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I Nr. 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87 b Abs. 2 und 3 SGB V, zuletzt geändert durch Beschluss des 239. Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung).
- b) Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt versorgungsbereichsspezifisch durch die KVHB im Einvernehmen mit den Krankenkassen.
- c) Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal in der Honorarverteilung berücksichtigt.

12. Schlussbestimmungen

1. Das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen regelt die KVHB in Abrechnungsrichtlinien auf der Grundlage von § 87b Abs. 5 Satz 3 SGB V. Diese Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich.
2. Der Vorstand der KVHB regelt in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten, insbesondere zu den Ziffern 4. und 5. sowie Anlage 1. Die KVHB informiert die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regelmäßig über die Durchführungsbestimmungen und deren Anpassungen. Gleiches gilt für Maßnahmen nach Ziffer 10.1. Die Krankenkassen sind berechtigt, zu den geplanten Regelungen binnen einer Woche nach Unterrichtung eine Stellungnahme abzugeben, die der Vorstand der KVHB bei seiner Entscheidung würdigt.

13. Laufzeit

Dieser Vertrag gilt für die Zeit ab 01. Januar 2011. Er endet, sobald sich die Beschlusslage des Bewertungsausschusses zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen ändert. Die Vertragspartner werden sich für diesen Fall zeitnah über eine Anpassung des Vertrages verständigen.

Bremen, den 15.11.2010

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

IKK gesund plus
handelnd als IKK Landesverband für das Land Bremen
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd als Landesverband für die
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

Anlage 1

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte bis 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (Nervenärzte über 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bis 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (über 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (bis 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (über 30 % Psychotherapieanteil)
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Fachärzte für Humangenetik

Anlage 2

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

	QZV Hausärzte	GOP
61	Sonographie	33000 - 33012, 33040 - 33062, 33076 - 33081
85	Sonographie II /HÄ, fachärztl. Kinderärzte	33070 - 33075
62	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100 - 35120 (mit 03235, 04235 in 2008)
63	Prokto-/Rektoskopie	03331, 04331
64	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302
65	Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322
66	Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324
67	Spirometrie	03330, 04330
68	Ergometrie	03321, 04321
69	Chirotherapie	30200, 30201

	QZV Fachärzte	GOP
76	Mamma-Stanzbiopsie	08320
78	Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	26330
84	Chirotherapie	30200, 30201
73	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
81	Sonographie I	33000 - 33012, 33041 - 33052, 33080 - 33081
82	Sonographie II	33020 - 33040
83	Sonographie III	33060 - 33076
80	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100 - 35120
71	Teilradiologie	34210 - 34297, 34500, 34501, 34503 (ohne 34274)
77	MRT-Angiographien	34470 - 34492

Anlage 3

Besonders förderungswürdige Leistungen

Besonders förderungswürdige Leistungen	GOP
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Dringende Besuche	01411, 01412, 01415
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510 - 01531
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	01820 - 01915
Narkosen Kap. 5.3 EBM	05310 - 05350
Akupunktur	30790, 30791
Psychotherapie I	35130 - 35150, 35300 - 35304
Psychotherapie II	35200 - 35225B
Schmerztherapeutische Versorgung	30700 - 30708
Gesprächs- und Betreuungsleistungen	14220, 14222, 16220, 16222, 21216, 21220
Polysomnographie	30901
Belegärztliche Begleitleistungen	Diverse Satzart 103