

Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 bis 87d SGB V ab dem 3. Quartal 2011

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK Landesverband Mitte,

der IKK gesund plus,

der Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, handelnd als
Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung sowie

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 Landesvertretung Sachsen-Anhalt,

§ 1 Anwendungsbereich

Diese Vereinbarung regelt gemäß §§ 87 bis 87d SGB V unter Anwendung des jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die sich aus den Beschlüssen des Bewertungsausschusses für das Jahr 2011 ergebenden Vorgaben zur regionalen Umsetzung.

§ 2 Festlegung der RLV und zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

(1) Die Partner der Gesamtverträge stellen fest, dass die im Beschluss Teil F enthaltenen Berechnungsformeln zur Festlegung arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina (RLV), der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen Anwendung auf die in Anlagen 1 und 3 genannten Ärzte und Psychotherapeuten in Sachsen-Anhalt finden. Die in Anlage 1 dieser Vereinbarung aufgeführten Arztgruppen ersetzen die in Anlage 2 zum Beschluss Teil F aufgeführten Arztgruppen. Die Festsetzung der gemäß Ziffer 2.1 des Beschluss Teil F in Sachsen-Anhalt geltenden QZV erfolgt in Anlage 3 dieser Vereinbarung für die dort aufgeführten Arztgruppen und QZV. Sie ersetzt die in Anlage 3 zum Beschluss Teil F Abschnitt I aufgeführten Arztgruppen und QZV.

(2) Die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung stellen die Obergrenze in der Vergütung der abgestaffelten Leistungen dar.

(3) Bei der Ermittlung der RLV ist der Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

(4) Entsprechend den Regelungen des Beschlusses Teil F Ziffer 3.1.4 in Verbindung mit Anlage 6 kann die KVSA bei der Festsetzung der RLV einer Arztgruppe innerhalb eines arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens geeignete Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grund- oder Konsiliarpauschalen in ausreichendem Umfang vergütet werden können. Die KVSA informiert die Vereinbarungspartner über die Notwendigkeit und die Ergebnisse der erforderlichen Maßnahmen.

(5) Der Bewertungsausschuss hat in seiner 213. Sitzung eine Umbewertung der Versichertenpauschalen für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und Hausärzte zum 01.07.2010 beschlossen. Die sich daraus ergebenden Veränderungen der Leistungsbedarfe der Haus- und Kinderärzte werden bei der Berechnung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche gemäß Anlage 6 zum Beschluss Teil F Abschnitt I insofern berücksichtigt, dass die sich daraus ergebenden Veränderungen dem Leistungsbedarf der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte hinzugerechnet bzw. dem Leistungsbedarf der Hausärzte abgezogen wird.

§ 3

Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

(1) Aus Sicherstellungsgründen kann auf Antrag des Arztes bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten entsprechend § 3 Absatz 6 b) und/oder c) von der Minderung des Fallwertes entsprechend Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 abgewichen werden, sofern der individuelle Fallwert des Arztes den Fallwert der Arztgruppe überschreitet.

(2) Gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 findet für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, die Fallwertabstufung keine Anwendung.

(3) Bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, in dem für diese Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Abschnitt I., Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist, können auf Antrag des Arztes Leistungen über das RLV/QZV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

(4) Ausnahmen von der Abstufung der Preise gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.5 können bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Zahl der behandelten Versicherten auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA entsprechend dem hier festgelegten Verfahren gewährt werden.

(5) Dem Antrag sind geeignete Nachweise für die vom Antragsteller vorgetragene Gründe hinzuzufügen. Die in der KVSA vorliegenden Nachweise wie Sammelerklärung, Abwesenheitsmitteilung, Krankheitsmeldung, Nachweis von Mutterschutzzeiten, Beschlüsse des Zulassungsausschusses u. Ä. werden entsprechend herangezogen.

(6) Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten liegt vor aufgrund

a) urlaubsbedingter Vertretung

- wenn die RLV-Fallzahl und/oder QZV-Fallzahl im aktuellen Quartal die RLV/QZV-Fallzahl des Vorjahresquartals grundsätzlich um mehr als 20 % übersteigt

b) krankheitsbedingter Vertretung

- wenn die RLV und/oder 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) übersteigende RLV und/oder 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 und/oder QZV-Fallzahl des Antragstellers im aktuellen Quartal die RLV und/oder QZV-Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals in versorgungsrelevantem Umfang übersteigt.

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

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

- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV und/oder QZV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe:
 - o 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.
 - o Berücksichtigung findet auch eine RLV und/oder 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 und/oder QZV-Fallzahl erfolgt längstens für den Zeitraum von vier Quartalen.

§ 4 Ermittlung der QZV je Arzt

(1) Die QZV werden gemäß Anlage 8 Punkt 2 Variante A 2.2 zum Beschluss Teil F Abschnitt I des Bewertungsausschusses je Leistungsfall berechnet und zugewiesen. Abweichend davon wird das QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ gemäß Anlage 8 Punkt 2 Variante B zum Beschluss Teil F Abschnitt I des Bewertungsausschusses als Volumen pro Arzt berechnet und zugewiesen.

(2) Die QZV werden gemeinsam für die niedergelassenen und die ermächtigten Ärzte einer Arztgruppe berechnet und daraus folgend in gleicher Höhe festgelegt.

(3) Gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.3 erfolgt die Festlegung der QZV in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2010 der in einem QZV enthaltenen Leistungen.

(4) Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs im jeweiligen Quartal 2010 des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor (KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV zum durchschnittlichen Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe. Dabei ergibt der durchschnittliche Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2010 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe den KF 1. Die so errechneten KF des Arztes werden bei der Berechnung der ihm jeweils zuzuweisenden QZV auf den Fallwert in Euro angewandt. Abweichend davon wird für die QZV „Dringende Besuche“ und „Verordnung medizinischer Rehabilitation“ der KF 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. In begründeten Einzelfällen kann eine Anpassung des KF auf Antrag des Arztes erfolgen.

(5) Von der gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.3 in Verbindung mit Anlage 8 festgelegten Berechnungsweise können die Vereinbarungspartner abweichen, wenn im Falle einer niedrigen Anzahl der für ein QZV berechtigten Ärzte eine statistische Ermittlung nicht mehr vertretbar ist. In diesen Fällen können die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit ermittelten Werte für die entsprechenden QZV verwendet werden.

(6) Werden 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 QZV-relevanten 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. Im Übrigen findet Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(7) Die in den QZV festgelegten Gebührenordnungspositionen setzen sich systematisch über alle festgelegten Arztgruppen aus den gleichen Gebührenordnungspositionen zusammen. Bei der Erbringung und Abrechnung der betreffenden Leistungen sind sowohl die Bestimmungen des EBM als auch die berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten.

§ 5

Sonderregelungen für bestimmte Leistungen

(1) Für die Leistungen des Kapitels 31 EBM und die belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM wird eine Ausgabenobergrenze über alle Krankenkassen festgelegt. Diese Ausgabenobergrenze wird auf die 4 Quartale des Jahres 2011 verteilt. Für das 1. Quartal 2011 erfolgt dabei die Vergütung der Leistungen auch bei einer Überschreitung der Ausgabenobergrenze ohne Quotierung. In Umsetzung des § 5 Abs. 2 der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2011 erfolgt für das 2. bis 4. Quartal 2011 bei Überschreitung der Ausgabenobergrenze eine quartalsweise Quotierung der Vergütung der Leistungen. Eine Überschreitung der Ausgabenobergrenze des 1. Quartals 2011 wird zu je einem Drittel mit den Ausgabenobergrenzen der Quartale 2/2011 bis 4/2011 verrechnet. Eine Verrechnung von Überschreitungen mit den RLV oder den QZV erfolgt nicht.

(2) Zur Umsetzung der Ausgabenobergrenze wird im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen des Kap. 31 gebildet. Basis des Honorarvolumens bildet die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge des Vorjahresquartals der Leistungen des Kap. 31 unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen des Kap. 31 des EBM.

(3) Zur Umsetzung der Ausgabenobergrenze wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 (postoperative Überwachung) gebildet. Basis des Honorarvolumens bildet die tatsächlich abgerechnete Leistungsmenge des Vorjahresquartals der Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung, einer Steigerung von 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen der Kap. 31.3 und 36.3 des EBM.

(4) Darüber hinaus wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Honorarvolumen für die Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 des EBM (postoperative Behandlung und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) auf Basis der tatsächlich abgerechneten Leistungsmenge des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung, einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze gebildet. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens der Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 erfolgt eine Quotierung der Vergütung der Leistungen der Kap. 31.4 und 31.6 des EBM.

(5) Für die Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.2, 36.2, 36.5.2 und 36.6 erfolgt die Bildung eines arztindividuellen Honorarvolumens auf der Basis des tatsächlich durch den Arzt im Vorjahresquartal abgerechneten Honorarvolumen o. g. Leistungen unter Beachtung der Versichertenentwicklung und der zu bildenden Rückstellungen für Besonderheiten (z. B. Anfänger) sowie einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.2, 36.2, 36.5.2 und 36.6 des EBM bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(6) Abweichend von Abs. 5 wird ein arztindividuelles Honorarvolumen auf der Basis des tatsächlich durch den Facharzt für Anästhesiologie im Vorjahresquartal abgerechneten Honorarvolumens der Leistungen der Kap. 31.5.3, 36.5.3 und 31.2 unter Beachtung der Versichertenentwicklung und der zu bildenden Rückstellungen für Besonderheiten (z. B. Anfänger) sowie einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus den Vorquartalen zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze gebildet. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen der Kap. 31.2, 31.5.3 und 36.5.3 des EBM bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(7) In Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen (im Folgenden Praxen genannt) in denen mehr als einem Arzt ein individuelles Honorarvolumen zugewiesen wurde, erfolgt eine praxisbezogene Verrechnung der zugewiesenen Honorarvolumen. Bei Überschreitung des praxisbezogenen Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen bis zum Erreichen des praxisindividuellen Honorarvolumens.

(8) Ärzte, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen oder mit der Erbringung der Leistungen der Abs. 5 oder 6 beginnen, erhalten für max. 4 Quartale nach Aufnahme der Tätigkeit bzw. nach Beginn der Leistungserbringung das durchschnittliche Honorarvolumen der Arztgruppe des Vorjahresquartals auf Basis der entsprechenden Leistungen der in Abs. 5 oder 6 genannten Leistungen der jeweiligen RLV-Arztgruppe unter Beachtung der Versichertenentwicklung und zu bildender Rückstellungen, einer Steigerung um 0,9 Prozent und einer ggf. aus dem 1. Quartal 2011 zu berücksichtigenden Überschreitung der Ausgabenobergrenze. Bei Überschreitung des zur Verfügung gestellten Honorarvolumens erfolgt eine Quotierung aller Leistungen bis zum Erreichen des arztindividuellen Honorarvolumens.

(9) Für die in Sachsen-Anhalt vereinbarten Wegegelder wird eine Ausgabenobergrenze auf der Basis des Jahres 2009 festgelegt. Sollte die festgelegte Ausgabenobergrenze überschritten werden, erfolgt eine Quotierung der Vergütung der abgerechneten Wegepauschalen.

(10) Für die Vergütung der Hausbesuchsleistungen nach den Leistungen 01410, 01413 und 01415 EBM werden Rückstellungen gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.1.2 auf der Basis der Anzahl der im Vorjahresquartal erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der durch den Bewertungsausschuss angepassten Vergütungshöhe gebildet. Bei Überschreitung des Rückstellungsbetrages finden § 12 Abs. 3 und Abs. 6 Anwendung.

§ 6

Sonderregelungen für bestimmte Arztgruppen

In Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 248. Sitzung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten bestimmter Arztgruppen wird für die Arztgruppen Fachärzte für Augenheilkunde, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie eine Anpassung der Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.1.3 in Verbindung mit Anlage 5 vorgenommen. Für diese Arztgruppen wird abweichend von Anlage 5 1. des Beschlussteil F anstelle des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs in Punkten aus 2008 der durchschnittliche Leistungsbedarf in Punkten aus den entsprechenden Quartalen 2008 und 2010 gebildet und die weiteren Berechnungen entsprechend dem Beschluss Teil F durchgeführt.

§ 7

RLV/QZV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen, wird gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.6 zur Berechnung der RLV über einen Zeitraum von acht Quartalen anstelle der RLV-Fallzahl des Arztes des Vorjahresquartals die durchschnittliche RLV-Fallzahl je Arzt der Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals verwendet. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(2) Für Ärzte gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1, die die vertragsärztliche Tätigkeit auf- und eine Praxis übernehmen, wird zur Berechnung der 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 vertragärztlichen 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 findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(3) Abweichend von Abs. 1 und 2 wird für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, zur Berechnung der 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 findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(4) Auf Antrag des Arztes gemäß Anlage 1 Ziffer 1.1 und nach Genehmigung durch die KVSA kann auf die Anfängerregelung insoweit verzichtet werden, als anstelle der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe je Arzt des Vorjahresquartals oder die des Vorgängers herangezogene RLV-Fallzahl die tatsächliche RLV-Fallzahl des Arztes verwendet wird. Diese Regelung gilt maximal für acht Quartale ab Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(5) Die Berechnung der Leistungsfallzahlen für die QZV gem. Beschluss Teil F, Abschnitt I, Ziffer 3.3 in Verbindung mit Anlage 8 Ziffer 2 des Beschlusses Teil F Abschnitt I erfolgt entsprechend Abs. 1 bis 4.

(6) Für die QZV eines Arztes, der die vertragsärztliche Tätigkeit aufnimmt, gilt unabhängig davon, ob er die Praxis neu gründet oder eine Praxis übernimmt, der KF 1 über einen Zeitraum von maximal acht Quartalen seit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit. Eine Verrechnung mit dem RLV oder anderen QZV oder den RLV/QZV anderer Ärzte der Praxis ist für das betreffende QZV in diesem Zeitraum nicht möglich. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(7) Abweichend von Abs. 6 wird für ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institutionen/Einrichtungen, die die Tätigkeit aufnehmen oder bei denen der Ermächtigungsumfang wesentlich verändert wurde, 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. Im Übrigen findet der Beschluss Teil F entsprechende Anwendung.

(8) Auf der Grundlage des Beschlusses Teil F Abschnitt I Ziffer 1.3.1 erfolgt die Berechnung des Aufschlages für die RLV und verrechnungsfähigen QZV für alle standort- und fachgleich in einer Praxis/MVZ/Einrichtung tätigen Ärzte in Höhe von 10 Prozent. Die RLV und verrechnungsfähigen QZV der fachungleich oder fachgleich und standortübergreifend tätigen Ärzte der Praxis/MVZ/Einrichtung, werden bei der Berechnung des Aufschlags nur dann berücksichtigt, wenn der Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis/MVZ/Einrichtung mehr als 10 Prozent beträgt. Die Höhe des Aufschlags richtet sich dann entsprechend den Regelungen des Beschlusses Teil F Abschnitt I 1.3.1 b) oder c).

(9) Bei Änderung der Zusammensetzung einer Praxis/MVZ/Einrichtung mit mehr als einem Arzt erfolgt die Berechnung des KG auch dann auf der Grundlage des Vorjahresquartals, wenn sich die Zusammensetzung hinsichtlich der in der Praxis/MVZ/Einrichtung vertretenden RLV-Arztgruppen nicht verändert und weiterhin mehr als ein Arzt, der den RLV unterliegt, in der Praxis/MVZ/Einrichtung tätig ist. Abs. 8 gilt entsprechend.

(10) Erfolgt die Neubildung einer Kooperation oder eine Veränderung in der Zusammensetzung der Kooperation in der Form, dass sich die in der Praxis/MVZ/Einrichtung vertretenden RLV-Arztgruppen zum Vorjahresquartal verändern, wird der KG für max. 4 Quartale seit Änderung bzw. Bildung der Kooperation, an Hand der jeweils aktuellen Abrechnungen ermittelt und mit der Endabrechnung des betreffenden Quartals ausgewiesen. Die Zuweisung der RLV/QZV erfolgt ohne Berücksichtigung eines Aufschlages. Absatz 8 gilt entsprechend.

§ 8

Praxisbesonderheiten

(1) Die Feststellung, ob im Einzelfall Praxisbesonderheiten gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I. Ziffer 3.7 vorliegen, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA für einen befristeten Zeitraum unter Berücksichtigung einer Überprüfung der Fallzahlentwicklung.

(2) 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.

§ 9

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

(1) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.8 vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVSA.

(2) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Jahr 2011 grundsätzlich um mehr als 15 % gegenüber dem Vergleichsquartal des Jahres 2008, kann die KVSA auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen 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.

- a. Die Überprüfung der Honorarentwicklung vor und nach Einführung des RLV erfolgt jeweils zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2008. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt. Voraussetzung ist, dass der zulassungsrechtliche Status in den zu vergleichenden Quartalen identisch ist.
- b. 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.

Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Vergleichs quartals des Jahres 2008.

§ 10

Information über Einzelfälle

In den Fällen gem. §§ 3, 7-9 dieser Vereinbarung informiert die KVSA die Vertragspartner monatlich über die von ihr getroffenen Anpassungen der RLV durch Übermittlung des Namens des Arztes, des angepassten RLV sowie des Grundes für die Änderung. Wenn mehr als 30 % einer Arztgruppe positiv beschieden werden, stimmen die Vertragspartner die Ursachen und ggf. daraus abzuleitende Maßnahmen der Honorarverteilung ab. Darüber hinaus können die Vertragspartner in begründeten Einzelfällen eine tiefer gehende Analyse der getroffenen Entscheidungen einfordern.

§ 11

Bereinigung der RLV bei Selektivverträgen

Die maßgeblichen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Bereinigung der RLV und QZV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V sind umzusetzen.

§ 12 Rückstellungen/ Vorwegabzüge

- (1) Die KVSA verwendet die Mittel der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Rückstellungen/Vorwegabzügen gem. Anlage 2 und zur Berechnung der RLV und QZV gemäß den Beschlüssen Teil G und F.
- (2) Die zur Verfügung stehenden Mittel der in Anlage 2 unter 1. aufgeführten Leistungsbereiche sind untereinander nicht verrechnungsfähig.
- (3) Die in Anlage 2 unter 2. und 3. aufgeführten Rückstellungen und Vorwegabzüge sind innerhalb der jeweiligen Versorgungsbereiche untereinander verrechnungsfähig.
- (4) Sollten die in Anlage 2 unter 1. zur Verfügung stehenden Mittel zur Vergütung des jeweiligen Leistungsbereiches nicht ausreichen, können ggf. nicht ausgeschöpfte Mittel gemäß Anlage 2 Nr. 2. und 3. aus dem jeweiligen Versorgungsbereich im gleichen prozentualen Zuführungsverhältnis gemäß Anhang 1 zu Anlage 4 des Beschlusses Teil F Abschnitt I bereitgestellt werden. Dabei erfolgt die Zuführung maximal in Höhe des niedrigsten Betrages eines Versorgungsbereiches.
- (5) Werden darüber hinaus Mittel der Versorgungsbereiche nicht ausgeschöpft, werden diese bei der Berechnung der RLV und QZV des jeweiligen Versorgungsbereiches des Folgequartals herangezogen.
- (6) Ist eine Vergütung der in Anlage 2 aufgeführten Leistungsbereiche trotz der o. g. Verrechnungsmöglichkeit nicht zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung gegeben, verständigen sich die Vereinbarungspartner unter Beachtung des Grundsatzes gem. Beschluss Teil F I 2. Absatz und Beschluss Teil G Ziffer 4 umgehend.

§ 13 Aufgaben der KVSA

- (1) Gemäß § 87b Absatz 5 SGB V obliegt der KVSA die Zuweisung der RLV/QZV und/oder der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen an den Arzt gem. Anlage 1 oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, sowie der jeweils regional geltenden Preise. Die dafür notwendigen Vorgaben werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt geregelt.
- (2) Die KVSA übermittelt den Krankenkassen quartalsweise zeitnah die dem Arzt zugewiesenen RLV und QZV.

§ 14
Geltungszeitraum

Diese Vereinbarung ersetzt die Vereinbarung vom 25.02.2011 und tritt am 01.07.2011 in Kraft und endet am 31.12.2011.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Regelungslücke enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen bzw. fehlenden Bestimmungen verpflichten sich die Vereinbarungspartner, eine solche Ersatzregelung zu treffen, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahe kommt. Sofern diese zwischen den Vereinbarungspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

**Unterschriftenseite Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des
Bewertungsausschusses ab dem 3. Quartal 2011**

Magdeburg, den 29. April 2011

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

IKK gesund plus

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

LKK Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband

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

Anlage 1 Arztgruppen ab dem 3. Quartal für das Jahr 2011

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
1.1 Arztgruppen RLV
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie
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 3 QZV für das 3. Quartal 2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	144,29	144,29
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	43,20	43,20
Hyposensibilisierung	30.1.3	22,03	22,03
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	21,91	21,91
Chirotherapie	30.2	6,66	6,66
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	0,00	0,00
Ergometrie	03321, 04321	13,61	13,61
Polygraphie	30900	32,96	32,96
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	8,37	8,37
Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324	4,72	4,72
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322	7,72	7,72
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,45	6,45
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	167,74	167,74
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	1,40	1,40
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	241,09	241,09
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	58,11	58,11
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	20,33	20,33
Phlebologie	30.5	17,36	17,36
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,89	9,89
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	22,39	22,39
Spirometrie	03330, 04330	2,75	2,75
Verordnung medizinischer Rehabilitation*	01611	15,23	15,23
Dringende Besuche*	01411, 01412, *	381,42	381,42

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Kinderheilkunde, Betrag pro Leistungsfall in €	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	157,06	157,06
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	43,57	43,57
Ergometrie	03321, 04321	22,00	22,00
Hyposensibilisierung	30.1.3	21,53	21,53
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	10,51	10,51
Langzeit Blutdruckmessung	03324, 04324	6,04	6,04
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322,	9,27	9,27
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	3,47	3,47
Psychologische Testverfahren	35.3; 16340, 21340, 03242	16,64	16,64
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	59,26	59,26
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	245,60	245,60
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	12,63	12,63
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	0,00	0,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,03	27,03
Sonographie IV	33023	0,00	0,00
Spirometrie	03330, 04330	4,79	4,79
Leistungen der Rheumatologie	4.5.3	13,58	13,58
Leistungen der Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527	0,00	0,00
Leistungen der Nephrologie	4.5.4	12,59	12,59
Leistungen der Endokrinologie und Diabetologie	4.5.5	6,52	6,52
Leistungen der Kinderkardiologie	4.4.1	56,25	56,25
Leistungen der Neuropädiatrie	4.4.2	41,01	41,01
Leistungen der Hämatologie und Onkologie	4.4.3	15,60	15,60
Leistungen der Pneumologie	4.5.2	30,79	30,79

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Anästhesiologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	202,36	202,36
Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	193,97	193,97
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	8,67	8,67
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	87,37	87,37
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	5,07	5,07
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	359,63	359,63
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	87,14	87,14
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	80,71	80,71

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Augenheilkunde	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Fluoreszenzangiographie,	06331	41,04	41,04
Schielbehandlung	06320, 06321	12,40	12,40
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	19,89	19,89
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,34	6,34

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Kinderchirurgie, 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	10,14	10,14
Akupunktur	30.7.3	148,80	148,80
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	28,78	28,78
Gastroenterologie I	13400	43,78	43,78
Phlebologie	30.5	13,79	13,79
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,24	6,24
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	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	13,27	13,27

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	2,77	2,77
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, 16340, 21340, 03242	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	14,13	14,13
Zusatzpauschale Onkologie	15345	13,13	13,13

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	3,00	3,00
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,44	0,44
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	56,87	56,87
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	42,15	42,15
Mamma-Stanzbiopsie	08320	33,01	33,01
Sonographie V	33041	13,74	13,74
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340,03242	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	201,29	201,29
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,43	13,43
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	37,68	37,68

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	21,70	21,70
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	35,83	35,83
Hyposensibilisierung	30.1.3	21,62	21,62
Otoakustische Emissionen	09324, 20324	8,20	8,20
Prüfung der Labyrinth	09325, 20325	19,39	19,39
Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327	19,43	19,43
Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	14,74	14,74
Polygraphie	30900	52,75	52,75
Polysomnographie	30901	566,27	566,27
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	9,44	9,44
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	5,37	5,37

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	6,82	6,82
----------------	---	------	------

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Haut- und Ge- schlechtskrank- heiten	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechts- krankheiten
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	48,34	48,34
Hyposensibilisierung	30.1.3	24,72	24,72
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	22,30	22,30
Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	112,10	112,10
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,42	0,42
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	64,54	64,54
Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 03332, 04331, 04332	7,77	7,77
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	9,79	9,79
Phlebologie	30.5	11,58	11,58
Physikalische Therapie	30.4	44,30	44,30
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,21	10,21
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	5,60	5,60
Histologie/Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	25,59	25,59
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	23,66	23,66

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	0,00	0,00
Laborgrundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	0,00	0,00
Hyposensibilisierung	30.1.3	22,34	22,34
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	120,54	120,54
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	9,66	9,66
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	0,00	0,00
Polygraphie	30900	46,80	46,80
Polysomnographie	30901	465,48	465,48
Phlebologie	30.5	15,80	15,80
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	11,50	11,50
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	7,21	7,21
Gastroenterologie I	13400	76,31	76,31
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	8,34	8,34
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	154,40	154,40
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	16,51	16,51
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	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	24,05	24,05
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	11,33	11,33
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	22,15	22,15
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	29,51	29,51
Sonographie IV	33023	46,05	46,05

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
		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	10,13	10,13

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	6,71	6,71
Phlebologie	30.5	5,13	5,13
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,37	0,37
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	2,41	2,41
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, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,31	8,31
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	21,86	21,86
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	20,12	20,12
Sonographie IV	33023	52,29	52,29

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	7,99	7,99
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,41	0,41
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	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, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Osteodensitometrie	34.6	16,67	16,67

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,81	13,81
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	187,50	187,50
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	31,68	31,68
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	24,07	24,07
Gastroenterologie I	13400	73,34	73,34

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	33,23	33,23
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,21	0,21
Transfusionen	02110, 02111	49,89	49,89
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	4,80	4,80
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	172,67	172,67
Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie	13502	12,50	12,50

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	8,93	8,93
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	34,86	34,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	5,57	5,57
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Interventionelle Kardiologie	34290, 34291, 34292, 01520, 01521	398,51	398,51
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	13,23	13,23
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	6,55	6,55
Sonographie IV	33023	31,91	31,91
Ergospirometrie	13560, 13660	6,35	6,35
Polygraphie	30900	31,15	31,15
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	20,61	20,61

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	96,61	96,61
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	45,55	45,55
Hyposensibilisierung	30.1.3	20,45	20,45
Ergospirometrie	13560, 13660	37,36	37,36
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, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Polygraphie	30900	49,49	49,49
Polysomnographie	30901	522,45	522,45
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	12,11	12,11

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Osteodensitometrie	34.6	11,87	11,87
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512	59,63	59,63
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,59	11,59
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	3,91	3,91
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,67	8,67
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	22,90	22,90
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	5,15	5,15

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	52,79	52,79
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	3,61	3,61
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	28,84	28,84

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Kinder- und Jugend- psychiatrie und - psychotherapie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	22,29	22,29
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	84,90	84,90
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	52,13	52,13
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	31,32	31,32
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	0,00	0,00

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	160,70	160,70
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	25,57	25,57
Chirotherapie	30.2	7,39	7,39
Polygraphie	30900	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,13	11,13
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	91,74	91,74
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	4,44	4,44
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	29,09	29,09
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	22,44	22,44
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	17,56	17,56
Lumbalpunktion	02342	0,00	0,00
Dringende Besuche *	01411, 01412,	12,85	12,85
Polysomnographie	30901	706,67	706,67

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Neurochirurgie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	266,79	266,79
Chirotherapie	30.2	7,26	7,26
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	4,45	4,45
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	74,61	74,61
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	53,30	53,30
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	124,79	124,79
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	60,42	60,42

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Neurologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag 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	32,12	32,12
Chirotherapie	30.2	4,45	4,45
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	2,15	2,15
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	23,48	23,48
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	50,67	50,67
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	1,90	1,90
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	35,64	35,64
Blinkreflex, Neurophysiologie, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	25,16	25,16
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	31,61	31,61
Lumbalpunktion	02342	77,12	77,12

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	7,66	7,66
MRT	34.4.1 - 34.4.6	121,63	121,63
Nuklearmedizinische Leistungen	17310 bis 17373	107,31	107,31
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, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
MRT-Angiographie	34.4.7	188,28	188,28

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Orthopädie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	156,59	156,59
Chirotherapie	30.2	6,52	6,52
Osteodensitometrie	34.6	11,11	11,11
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	99,17	99,17
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,25	13,25
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	73,41	73,41
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	34,67	34,67
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,76	8,76
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	15,78	15,78
Rheumatologie	18700	15,23	15,23

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlini e bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in €	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtung en mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	19,98	19,98
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	8,76	8,76
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	40,14	40,14
Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	15,87	15,87
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	108,14	108,14
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	2,36	2,36
Dringende Besuche*	01411, 01412,	9,58	9,58

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtli- nie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in €	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtung en mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	22,05	22,05
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	3,53	3,53
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	108,42	108,42
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	168,25	168,25
Dringende Besuche*	01411, 01412,	0,00	0,00

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Diagnostische Radiologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
CT	34.3, 34502	75,26	75,26
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	248,48	248,48
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	43,15	43,15
MRT	34.4.1 - 34.4.6	91,06	91,06
MRT-Angiographie	34.4.7	118,16	118,16
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	10,49	10,49
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	21,66	21,66
Mammapunktion	02341	8,45	8,45
Sonographie V	33041	12,63	12,63

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ Abschnitte des EBM	Arztgruppe	
		Fachärzte für Urologie	Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,08	0,08
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	63,07	63,07
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	60,20	60,20
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	9,50	9,50
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	2,06	2,06
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	8,70	8,70
Histologie / Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	7,00	7,00
Stoßwellenlithotripsie	26330	572,86	572,86
Sonographisch gestützte Prostatabiopsie	26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z)	41,89	41,89
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	21,49	21,49

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungs- positionen/ 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	114,25	114,25
Chirotherapie	30.2	4,91	4,91
Physikalisch-rehabilitative Diagnostik	27332, 27333	33,96	33,96
Physikalische Therapie	30.4	3,74	3,74
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	5,03	5,03
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140,	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	67,67	67,67
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	10,69	10,69
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	30,57	30,57

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