

**Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des
Bewertungsausschusses nach § 87 b Abs. 4 SGB V für das Jahr 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 87c 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 qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) und zeitbezogener 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.

(6) Auf der Grundlage der Regelungen im Beschluss Teil F Abschnitt II 1. werden die Rückstellungen gemäß Anlage 2 Punkt 3 für die Zahlungen des Aufschlages bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entsprechend dem prozentualen Anteil der Arztgruppe im Vorjahresquartal an dem Gesamtbetrag dieser Rückstellung für die Zuweisung der RLV den jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zur Verfügung gestellt. Die Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten erhalten den Aufschlag auf das RLV der Praxis gemäß Beschluss Teil F Ziffer 1.3.1, mindestens jedoch in Höhe des Aufschlages des Vorjahresquartals, sofern sich die Zusammensetzung der Praxis nicht geändert hat.

§ 3 **Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung**

(1) Aus Sicherstellungsgründen kann in nachfolgend begründetem Einzelfall auf Antrag des Arztes von der Minderung des Fallwertes entsprechend Beschluss Teil F Abschnitt I Ziffer 3.2.1 abgewichen werden:

- (a) bei Tätigkeit eines Arztes in einer Region, die durch den Landesausschuss als unversorgt, drohend unversorgt oder mit lokalem Versorgungsbedarf definiert ist oder
- (b) bei positiver Entscheidung über einen Antrag bezüglich der Übernahme von Patienten entsprechend § 3 Absatz 4 b) und/oder c), sofern der individuelle Fallwert des Arztes den Fallwert der Arztgruppe überschreitet.

(2) Ausnahmen von der Abstaffelung 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.

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

(4) 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 Leistungsbedarfs 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

RLV/QZV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

(1) Für Ärzte gemäß Anlage 1 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 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.

§ 6 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.

§ 7 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 Vergleichsquartals des Jahres 2008.

§ 8 Information über Einzelfälle

In den Fällen gem. §§ 3, 5-7 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.

§ 9 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 140d SGB V sind umzusetzen.

§ 10 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 Beschluss 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.

§ 11 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.

§ 12 Geltungszeitraum

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2011 in Kraft und endet am 31.12.2011.

§ 13 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 nach § 87 b Abs. 4 SGB V für das Jahr 2011

Magdeburg,

Magdeburg,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

IKK gesund plus

Cottbus,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Hoppegarten,

LKK Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband

Magdeburg,

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

Anlage 1 Arztgruppen 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 1. Quartal 2011

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Arztgruppe Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem hausärztlichen Versorgungsauftrag
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	187,22	187,22
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	116,74	116,74
Hyposensibilisierung	30.1.3	34,47	34,47
Behandlung des diabetischen Fußes	02311	28,64	28,64
Chirotherapie	30.2	7,11	7,11
Neurophysiologische Übungsbehandlung	30.3	0,00	0,00
Ergometrie	03321, 04321	14,27	14,27
Polygraphie	30900	70,75	70,75
Klein chirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	10,19	10,19
Langzeit-Blutdruckmessung	03324, 04324	4,56	4,56
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322	7,45	7,45
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	5,83	5,83
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	151,46	151,46
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	1,78	1,78
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	263,73	263,73
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	60,29	60,29
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	25,20	25,20
Phlebologie	30.5	19,56	19,56
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,97	9,97
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	17,03	17,03
Spirometrie	03330, 04330	2,89	2,89
Verordnung medizinischer Rehabilitation*	01611	21,89	21,89
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415*	824,10	824,10

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Kinderheilkunde,	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit einem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	219,41	219,41
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	54,87	54,87
Ergometrie	03321, 04321	23,50	23,50
Hyposensibilisierung	30.1.3	26,23	26,23
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	12,46	12,46
Langzeit Blutdruckmessung	03324, 04324	9,88	9,88
Langzeit-EKG	03241, 03322, 04241, 04322,	11,57	11,57
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	2,82	2,82
Psychologische Testverfahren	35.3; 16340, 21340, 03242	25,01	25,01
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	68,18	68,18
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	235,49	235,49
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	12,85	12,85
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	27,91	27,91
Sonographie IV	33023	0,00	0,00
Spirometrie	03330, 04330	5,76	5,76
Leistungen der Rheumatologie	4.5.3	27,70	27,70
Leistungen der Gastroenterologie	04511, 04512, 04513, 04516, 04517, 04521, 04523, 04525, 04527	0,00	0,00
Leistungen der Nephrologie	4.5.4	16,36	16,36
Leistungen der Endokrinologie und Diabetologie	4.5.5	11,30	11,30
Leistungen der Kinderkardiologie	4.4.1	57,38	57,38
Leistungen der Neuropädiatrie	4.4.2	21,97	21,97
Leistungen der Hämatologie und Onkologie	4.4.3	16,51	16,51
Leistungen der Pneumologie	4.5.2	24,50	24,50

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Anästhesiologie	Arztgruppe
			Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	206,90	206,90
Narkosen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350	142,24	142,24
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,82	12,82
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	101,98	101,98
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	2,11	2,11
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	554,04	554,04
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	69,37	69,37
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	64,04	64,04

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Augenheilkunde	Arztgruppe	
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde	
			Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Fluoreszensangiographie,	06331	34,21	34,21	
Schielbehandlung	06320, 06321	10,52	10,52	
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,81	13,81	
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00	
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00	
Psychologische Testverfahren	35.3, 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	5,53	5,53	

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	Arztgruppe 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	10,62	10,62
Akupunktur	30.7.3	312,68	312,68
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	29,60	29,60
Gastroenterologie I	13400	42,51	42,51
Phlebologie	30.5	16,05	16,05
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	5,14	5,14
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	12,56	12,56

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
		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	18,33	18,33
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	12,68	12,68
Zusatzpauschale Onkologie	15345	14,47	14,47

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Frauenheilkunde	Arztgruppe 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	3,22	3,22
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,43	0,43
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	62,57	62,57
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	41,89	41,89
Mamma-Stanzbiopsie	08320	44,28	44,28
Sonographie V	33041	13,08	13,08
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	179,20	179,20
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	14,29	14,29
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	39,50	39,50

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/ Einrichtungen m. d. Versorgungsauftrag
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Phoniatrie/Pädaudiologie II	20310, 20311, 20312, 20313, 20314, 20320, 20321, 20322, 20323, 20334, 20340, 20350, 20351, 20352, 20353, 20360, 20361, 20370, 20371	20,08	20,08
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	30,95	30,95
Hyposensibilisierung	30.1.3	25,38	25,38
Otoakustische Emissionen	09324, 20324	8,61	8,61
Prüfung der Labyrinthe	09325, 20325	18,79	18,79
Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327	19,15	19,15
Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	19,85	19,85
Polygraphie	30900	42,67	42,67
Polysomnographie	30901	364,33	364,33
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,23	10,23
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 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	5,35	5,35

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	5,47	5,47
----------------	---	------	------

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Haut- und Geschlechts-krankheiten
			Betrag pro Leistungsfall in €
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	57,71	57,71
Hyposensibilisierung	30.1.3	30,63	30,63
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	39,33	39,33
Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324	110,31	110,31
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,55	0,55
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	126,65	126,65
Proktologie	08333, 08334, 30600, 30601, 13257, 13260, 03331, 03332, 04331, 04332	6,86	6,86
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	8,43	8,43
Phlebologie	30.5	12,46	12,46
Physikalische Therapie	30.4	59,69	59,69
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	16,40	16,40
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	10,56	10,56
Histologie/Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	22,18	22,18
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	26,15	26,15

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ 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	207,22	207,22
Laborgrundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	0,00	0,00
Hyposensibilisierung	30.1.3	6,43	6,43
Behandlung des diabetologischen Fußes	02311	61,22	61,22
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310	9,33	9,33
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	0,00	0,00
Polygraphie	30900	43,54	43,54
Polysomnographie	30901	441,37	441,37
Phlebologie	30.5	15,32	15,32
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	17,70	17,70
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	6,81	6,81
Gastroenterologie I	13400	73,40	73,40
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	5,58	5,58
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	231,19	231,19
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	22,58	22,58
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	17,51	17,51
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	12,07	12,07
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	28,04	28,04
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	31,44	31,44
Sonographie IV	33023	44,09	44,09

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ 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	15,19	15,19

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Arztgruppe
			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	20,94	20,94
Phlebologie	30.5	12,19	12,19
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,37	0,37
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	4,64	4,64
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	11,53	11,53
Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33040	14,23	14,23
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	32,43	32,43
Sonographie IV	33023	62,86	62,86

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Arztgruppe	
			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	6,45	6,45	
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,37	0,37	
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	13,80	13,80	

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgung-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Arztgruppe
			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	19,85	19,85
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	158,22	158,22
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	30,89	30,89
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
Therapeutische Proktologie	30610, 30611	22,44	22,44
Gastroenterologie I	13400	70,87	70,87

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Arztgruppe
			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	36,59	36,59
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,14	0,14
Transfusionen	02110, 02111	50,09	50,09
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,73	10,73
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	163,76	163,76
Zusatzpauschale zytotoxische/ aplasieinduzierende Therapie	13502	11,53	11,53

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Arztgruppe 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	10,00	10,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	33,09	33,09
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	18,70	18,70
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	310,60	310,60
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	10,42	10,42
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	5,48	5,48
Sonographie IV	33023	26,20	26,20
Ergospirometrie	13560, 13660	2,53	2,53
Polygraphie	30900	60,78	60,78
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	18,00	18,00

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Arztgruppe
			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	101,50	101,50
Allergologie	30.1.1; 30.1.2	45,09	45,09
Hyposensibilisierung	30.1.3	24,41	24,41
Ergospirometrie	13560, 13660	45,20	45,20
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,06	13,06
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	44,09	44,09
Polysomnographie	30901	559,24	559,24
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	12,03	12,03

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Arztgruppe
			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	15,41	15,41
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,44	0,44
Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512	49,57	49,57
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,98	13,98
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	8,07	8,07
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	20,44	20,44
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	21,20	21,20
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	22,65	22,65

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Arztgruppe
			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	31,87	31,87
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,12	12,12
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	0,00	0,00
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	29,81	29,81

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Arztgruppe	
			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	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	44,80	44,80	44,80
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	334,50	334,50	334,50
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	41,46	41,46	41,46
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	108,41	108,41	108,41
Blinkreflex, EMG, ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	8,49	8,49	8,49

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nervenheilkunde und/oder Neurologie und Psychiatrie
			Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	218,36	218,36
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	31,58	31,58
Chirotherapie	30.2	9,19	9,19
Polygraphie	30900	45,33	45,33
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	26,56	26,56
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	160,86	160,86
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	4,51	4,51
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	39,91	39,91
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	23,58	23,58
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	18,52	18,52
Lumbalpunktion	02342	0,00	0,00
Dringende Besuche *	01411, 01412, 01415	27,79	27,79
Polysomnographie	30901	465,42	465,42

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Neurochirurgie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	202,30	202,30
Chirotherapie	30.2	5,71	5,71
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,91	13,91
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	169,01	169,01
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	40,62	40,62
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	72,90	72,90
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	22,28	22,28

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Neurologie	Arztgruppe
			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	24,10	24,10
Chirotherapie	30.2	8,24	8,24
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	40,38	40,38
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,73	13,73
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	21,07	21,07
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	2,01	2,01
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	42,49	42,49
Blinkreflex, Neurophysiologie, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	23,84	23,84
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	22,75	22,75
Lumbalpunktion	02342	46,95	46,95

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Nuklearmedizin	Arztgruppe Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Nuklearmedizin
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,95	6,95
MRT	34.4.1 - 34.4.6	159,33	159,33
Nuklearmedizinische Leistungen	17310 bis 17373	90,23	90,23
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	115,66	115,66

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Orthopädie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	136,63	136,63
Chirotherapie	30.2	5,10	5,10
Osteodensitometrie	34.6	8,98	8,98
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	60,97	60,97
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,61	12,61
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
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	57,17	57,17
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	25,97	25,97
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,45	6,45
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	10,72	10,72
Rheumatologie	18700	11,64	11,64

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie bis zu 30 % an der Gesamtleistungsmenge	Arztgruppe Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	16,25	16,25
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	186,83	186,83
EEG, L-EEG	16310, 16311, 21310, 21311, 14320, 14321	33,71	33,71
Blinkreflex, EMG, ENG	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	8,43	8,43
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	64,09	64,09
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	2,15	2,15
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	7,76	7,76

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der RL-PT gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zwischen 30 % und 90 % an der Gesamtleistungsmenge Betrag pro Leistungsfall in €	Arztgruppe Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Psychiatrie Betrag pro Leistungsfall in €
Betreuung Kranker im sozialen Umfeld	16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233	63,01	63,01
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	18,16	18,16
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	173,20	173,20
Psychologische Testverfahren	35.3, 16340, 21340, 03242	38,86	38,86
Dringende Besuche*	01411, 01412, 01415	0,00	0,00

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

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Radiologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
CT	34.3, 34502	71,30	71,30
Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287	389,20	389,20
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	45,77	45,77
MRT	34.4.1 - 34.4.6	91,73	91,73
MRT-Angiographie	34.4.7	175,21	175,21
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	10,28	10,28
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	29,55	29,55
Mammapunktion	02341	6,93	6,93
Sonographie V	33041	13,01	13,01

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Urologie	Arztgruppe
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie
		Betrag pro Leistungsfall in €	Betrag pro Leistungsfall in €
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,30	0,30
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	58,04	58,04
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	73,41	73,41
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,52	11,52
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	2,92	2,92
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	19,43	19,43
Histologie / Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	8,06	8,06
Stoßwellenlithotripsie	26330	424,70	424,70
Sonographisch gestützte Prostatabiopsie	26341 in Verbindung mit 33043 und 33090 und 33092 und ICD C61 (A, V, G, Z)	39,66	39,66
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	16,01	16,01

Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	Arztgruppe
			Betrag pro Leistungsfall in €
Akupunktur	30.7.3	197,50	197,50
Chirotherapie	30.2	6,51	6,51
Physikalisch-rehabilitative Diagnostik	27332, 27333	31,54	31,54
Physikalische Therapie	30.4	17,30	17,30
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	25,93	25,93
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	84,70	84,70
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	14,99	14,99
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	26,99	26,99

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