

**Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des  
Bewertungsausschusses nach § 87 b Abs. 4 SGB V für das 4. Quartal 2010**

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 vom 1. Juli 2010 ergebende Vorgaben zur regionalen Umsetzung und ersetzt die Vereinbarung zur regionalen Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2010.

## **§ 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 ab dem 3. Quartal 2010 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/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/QZV-Fallzahl zu erhöhen.

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

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

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

- Es erfolgt eine Überprüfung der RLV/QZV-Fallzahlentwicklung und der vorgetragenen Gründe:

- 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/QZV-Fallzahlsteigerung infolge einer erstmaligen Genehmigung für Hausärzte zur Erbringung von fachärztlichen Leistungen aus Sicherstellungsgründen. Für die Entscheidung heranzuziehen ist der aktuelle Beschluss des Zulassungsausschusses.

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

#### § 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 2008 der in einem QZV enthaltenen Leistungen.

(4) Die Differenzierung der QZV bezüglich des unterschiedlich hohen Leistungsbedarfs im jeweiligen Quartal 2008 des berechtigten Arztes erfolgt über einen Korrekturfaktor (KF). Der arztindividuelle KF ergibt sich aus dem Verhältnis des individuellen Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals 2008 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV zum durchschnittlichen Leistungsbedarfs des jeweiligen Quartals 2008 in Punkten je Leistungsfall der Leistungen des QZV der Arztgruppe. Dabei ergibt der durchschnittliche Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008 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.

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

(8) 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 2010 um mehr als 15 % gegenüber dem Vorvorjahresquartal, 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 Vorvorjahresquartal. 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 eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Vorvorjahresquartals.

## **§ 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 ersetzt die Vereinbarung ab dem 3. Quartal 2010. Sie tritt am 01.10.2010 in Kraft und endet am 31.12.2010.

## **§ 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 4. Quartal 2010**

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 4. Quartal 2010

1.1 Arztgruppen RLV
FÄ für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, FÄ für Innere Medizin (hausärztlich tätig), FÄ f. Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag der hausärztlich Inneren und Allgemeinmedizin
FÄ für Kinderheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Kinderheilkunde
FÄ für Anästhesie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Anästhesie
FÄ für Augenheilkunde
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Augenheilkunde
FÄ für Chirurgie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Chirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie
FÄ für MKG – Chirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag MKG – Chirurgie
FÄ für Neurochirurgie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie
FÄ für Gynäkologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Gynäkologie
FÄ für HNO/FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag HNO-Heilkunde und/oder Phoniatrie und Pädaudiologie
FÄ für Dermatologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Dermatologie
FÄ für Innere Med. (fachärztl. tätig) ohne SP* bzw. hier nicht gesondert aufgeführt. SP*
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
FÄ für Innere Medizin mit SP* Angiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Endokrinologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Gastroenterologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Kardiologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Nephrologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Pneumologie
Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie
FÄ für Innere Medizin mit SP* Rheumatologie

## 1.1 Arztgruppen RLV

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

## 1.2 zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Psychologische Psychotherapeuten

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie

Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institutionen/Einrichtungen oder ermächtigte psychologische Psychotherapeuten mit dem Versorgungsauftrag zur ausschließlichen psychotherapeutischen Tätigkeit

\* SP = Schwerpunkt

- \*\*RL-PT = Richtlinien-Psychotherapie

## Anlage 3 QZV für das 4. Quartal 2010

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

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

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

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

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

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie	<b>Arztgruppe</b>
			Betrag pro Leistungsfall in €
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	8,81	8,81
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	27,65	27,65
Gastroenterologie I	13400	78,68	78,68
Phlebologie	30.5	15,13	15,13
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	3,92	3,92
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	12,01	12,01

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/Abschnitte des EBM</b>	<b>Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>  <b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Arztgruppe</b>
			<b>Ermächtigte FÄ/Krankenhäuser/Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>  <b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	12,55	12,55
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	12,98	12,98
Zusatzpauschale Onkologie	15345	14,40	14,40

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Frauenheilkunde	<b>Arztgruppe</b> <b>Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Frauenheilkunde</b>
		<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Histologie/Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	2,85	2,85
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,39	0,39
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	50,12	50,12
Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273	37,89	37,89
Mamma-Stanzbiopsie	08320	41,48	41,48
Sonographie V	33041	13,08	13,08
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	156,58	156,58
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,96	13,96
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	23,49	23,49

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	<b>Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde FÄ f. Phoniatrie und Pädaudiologie</b>	<b>Arztgruppe</b>
			<b>Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/ Einrichtungen m. d. Versorgungsauftrag</b>
		<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Phoniatrie/Pädaudiologie II	20310, 20311, 20312, 20313, 20314, 20320, 20321, 20322, 20323, 20334, 20340, 20350, 20351, 20352, 20353, 20360, 20361, 20370, 20371	20,17	20,17
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30.1.1; 30.1.2	32,28	32,28
Hyposensibilisierung	30.1.3	27,27	27,27
Otoakustische Emissionen	09324, 20324	9,64	9,64
Prüfung der Labyrinthe	09325, 20325	19,15	19,15
Untersuchung mittels BERA	09326, 09327, 20326, 20327	21,15	21,15
Phoniatrie, Pädaudiologie I	09330, 09331, 09332, 09333, 09335, 09336 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336	19,60	19,60
Polygraphie	30900	47,71	47,71
Polysomnographie	30901	515,86	515,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,96	10,96
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	5,22	5,22
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	4,93	4,93

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	<b>Arztgruppe</b> Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin ohne Schwerpunkt
		<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	9,53	9,53

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

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

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	<b>Arztgruppe</b> <b>Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie</b>
		<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	9,66	9,66
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	33,89	33,89
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	8,98	8,98
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Interventionelle Kardiologie	34290, 34291, 34292, 01520, 01521	296,62	296,62
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	9,01	9,01
Langzeit-EKG als Auftragsleistung	13252, 13253	6,50	6,50
Sonographie IV	33023	21,76	21,76
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545	44,76	44,76
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	56,59	56,59
Ergospirometrie	13560, 13660	5,78	5,78
Polygraphie	30900	46,13	46,13
Kontrolle Herzschrittmacher	13552	19,51	19,51

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	<b>Arztgruppe</b>
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
			<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Bronchoskopie / Thorakoskopie	13662, 13663, 13664, 13670	91,90	91,90
Ergospirometrie	13560, 13660	38,24	38,24
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,12	12,12
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Polygraphie	30900	43,54	43,54
Polysomnographie	30901	576,30	576,30
Teiltradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	10,65	10,65

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	<b>Arztgruppe</b>
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
			<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Osteodensitometrie	34.6	11,37	11,37
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,00	0,00
Praxisklinische Betreuung und Beobachtung	01510, 01511, 01512	52,51	52,51
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	23,81	23,81
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	9,86	9,86
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	17,07	17,07
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	22,30	22,30
Verordnung medizinische Rehabilitation*	01611	20,18	20,18

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

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

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

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Neurochirurgie	<b>Arztgruppe</b>	
			Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Neurochirurgie	
			<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Akupunktur	30.7.3	167,83	167,83	
Chirotherapie	30.2	4,55	4,55	
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	0,00	0,00	
Psychosomatische Grundversorgung, übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,59	6,59	
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00	
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00	
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00	
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	105,99	105,99	
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	28,30	28,30	
Blinkreflex, EMG ENG, Neurophysiologie	14330, 14331, 16320, 16321, 16322, 21320, 21321	43,31	43,31	
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	29,16	29,16	

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	<b>Fachärzte für Orthopädie</b>	<b>Arztgruppe</b>
			<b>Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Orthopädie</b>
		<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>	<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Akupunktur	30.7.3	116,84	116,84
Chirotherapie	30.2	5,24	5,24
Osteodensitometrie	34.6	8,81	8,81
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	50,68	50,68
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	12,90	12,90
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30.7.1	57,99	57,99
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	27,64	27,64
Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	6,94	6,94
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	10,81	10,81
Rheumatologie	18700	16,65	16,65

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

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

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

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

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

<b>Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen</b>	<b>Gebührenordnungspositionen/ Abschnitte des EBM</b>	Fachärzte für Urologie	<b>Arztgruppe</b>
			<b>Ermächtigte FÄ/ Krankenhäuser/ Institute/Einrichtungen mit dem Versorgungsauftrag Urologie</b>
			<b>Betrag pro Leistungsfall in €</b>
Labor-Grundpauschale	12225, 01701	0,31	0,31
Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 26313	46,01	46,01
Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512	123,86	123,86
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	11,87	11,87
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150	0,00	0,00
Richtlinienpsychotherapie II	35.2	0,00	0,00
Psychologische Testverfahren	35.3	0,00	0,00
Schmerztherapeutische Behandlung	30.7.2	2,70	2,70
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	19,13	19,13
Histologie / Zytologie außerhalb von Auftragsleistungen	01826, 19310, 19311, 19312, 19315, 19320, 19331	8,04	8,04
Stoßwellenlithotripsie	26330	535,81	535,81
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34253, 34254, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	14,60	14,60

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

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