

Die Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

über

**den Abschluß
eines 22. Nachtrages
zum**

**Gesamtvertrag
und seinen Anlagen**

erhält mit Wirkung ab 01.04.2005 folgende Fassung:

1. Mit Wirkung ab 01.04.2005 erhält Anlage A folgende Fassung:

2. Erstattungen und Vergütungen außerhalb der pauschalieren Gesamtvergütung

- 2.1 Von den Krankenkassen werden außerhalb der pauschalieren Gesamtvergütung erstattet bzw. vergütet:
- Dialysesachkosten (FBI.3 D-04-90-00)
 - Durchlaufende Posten (FBI.3 F-99-90-99)
 - Vergütungen für Ernährungsberatung (FBI.3 D-01-83-00)
 - Pauschalen für Behandlungsplan und Teamgespräch in "Frühfördereinrichtungen und Tagesstätten" (FBI.3 D-01-83-00)
 - Leistungen gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (FBI.3 F-99-90-83)
 - Zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sachkosten (z. B. für ambulante Operationen, LDL-Apherese) (FBI.3 D-01-83-08).
 - Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 40170 (belegärztlicher Bereitschaftsdienst) in Höhe von 2,56 € (Nr. 40170A) (FBI.3 D-01-83-00)
 - Vergütung der Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM (Nuklidkosten) ab 01.04.2005 gemäß Bundesempfehlung

Die Erstattung/Vergütung erfolgt gemäß anderer vertraglicher Regelungen.

- 2.2 Von den Krankenkassen werden mit festen Pauschalen vergütet:

2.2.1 Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen:

- Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach Abschnitt II. Nr. 1.7.4 EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 8)
- Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.1 EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 8)
- Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.2 (vgl. Anlage B II. Nr. 8)

2.2.2 Notarztwagenpauschale:

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwageneinsatz erfolgt nach Anlage B II. Nr. 10.

- 2.2.3 Nr. 97855K (kurative Vakuumstanzbiopsie) gem. Anlage B II. Nr. 10.

- 2.2.4 Nr. 32828 EBM (Genotypische HIV-Resistenztestung) gem. Anlage B II. Nr. 12.

- 2.3 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **5,095** Cent vergütet:

- Leistungen nach den Nrn. 01611, 01620, 01621, 01622 und 01623 EBM. Diese Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen als 01611A, 01620A, 01621A, 01622A und 01623A EBM Nrn. ausgewiesen EBM.
- Nr. 01621K (Ärztliche Bescheinigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Kinder- und Jugenderholung)
- Nrn. 01100 und 01101 EBM
- Leistungen der Schmerztherapie gemäß Bundesempfehlung (Nrn. 30700 und 30701 EBM)
- Leistungen der Polysomnographie gemäß Bundesempfehlung (Nr. 30901 EBM)

- 2.4 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,845** Cent vergütet:
- Leistungen nach der Nr. 01420 EBM
 - Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM

- 2.5 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,207** Cent vergütet:
- Leistungen der zeitgebundenen, genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt IV Nr. 35.2 (Nrn 35200 bis 35225)

soweit nicht nach Anlage 3 eine höhere Vergütung entrichtet wird.

Soweit die KVB aufgrund eines letztinstanzlichen Urteils verpflichtet wird, für zeitgebundene, genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie nach den Nummern 35200 bis 35225 EBM einen höheren Punktwert zu vergüten, werden die Vertragspartner unter Einbeziehung der Anlage 3 unverzüglich in Verhandlungen eintreten.

- 2.6 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,078** Cent vergütet:

- Leistungen nach der Nr. 06332 EBM „Photodynamische Therapie“
- Leistungen nach der Nr. 34431 EBM „MRT der Mamma“
- Leistungen der Soziotherapie nach den Nrn. 30800, 30810 und 30811 EBM, wenn die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und zugelassenem Soziotherapeuten gemäß der Richtlinie „Soziotherapie“ sichergestellt ist und die verordnete Leistung überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten (vgl. Abschn. I, Ziffer 4) stattfindet (vgl. Protokollnotiz Nr. 3).
- Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß Bundesempfehlung vom 21.05.2004
- Leistungen nach der Nrn. 13621 EBM (Immunapherese)

- 2.7 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **3,81** Cent vergütet:
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Abschnitt B XI EBM

- 2.8 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **2,552** Cent vergütet:
- Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272 und 34273 EBM, solange die Voraussetzungen nach Anlage 4 nicht vorliegen

- 2.9 Von den Krankenkassen werden die Leistungen der Anlagen 1 bis 4 des 22. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit den darin vereinbarten Punktwerten vergütet.

Anlage 1:

§ 3 Leistungskatalog

- (1) Die durch den Strukturvertrag erfassten Leistungen sind in Anlage 2 geregelt.
- (2) Grundlage für die in Anlage 2 enthaltenen Leistungen ist die Umsetzung der bis 31.03.2005 geförderten Leistungen in die Systematik des EBM 2000 plus. Die Umsetzung der einzelnen Positionen kann der Anlage 2 entnommen werden.

§ 5 Vergütung

Die Vergütung der in Anlage 2 aufgeführten Leistungen erfolgt mit den dort genannten Punktwerten.

Diese Mindesthäufigkeiten gelten nicht für die Komplexgebühren nach den Nrn. 10342K und 31101K.

Anlage 1 zum Strukturvertrag

An
die Bezirksstelle
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter
fachärztlicher internistischer Leistungen
- gültig ab 01. 10. 2002 -

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der
Krankenkassen in Bayern

Name: Arztnummer:

zugelassen am: als:

Praxisanschrift + Tel.:
.....

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für nachfolgende Leistungen
(gemäß § 2 Abs. 2 des Strukturvertrags):

- Ambulante Operationen (gemäß § 3, Nr. 1 des Strukturvertrages)
- Ausgewählte belegärztliche Leistungen (gemäß Anlage 2 zum Strukturvertrag)
- Ausgewählte internistische Leistungen (gemäß § 3 Nrn. 3 und 4 des Strukturvertrages)
- Laser-Leistungen (gemäß § 3 Nr. 6 des Strukturvertrages)
- Nr. 728 EBM, ab 01.04.2005: 30900 EBM

Ich erbringe die Leistung: a.) in meiner Praxis
 und/oder
 b.) außerhalb meiner Praxis
 und zwar bei (Name, Anschrift):

.....
Bitte wenden!

2. Voraussetzung

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen/ambulanter Anästhesien gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V liegt vor.

Ja

Nein

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen. Weiterhin verpflichte ich mich, das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V nur bei den Patienten durchzuführen, die dies vor Beginn der Behandlung von sich aus ausdrücklich wünschen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass eine Begehung der von mir genutzten Praxis-/Operationsräume im Zusammenhang mit diesem Strukturvertrag durchgeführt wird.

5. Zusatzerklärung für belegärztliche Geburten nach den Nrn. 1022/08411, 1025/08412 und 1032/08415 EBM

Ich erkläre,

- a) dass das Krankenhaus, an dem ich Geburten leite, an der Perinatalstudie teilnimmt und
- b) an diesem Krankenhaus im vergangenen Kalenderjahr mehr als 300 Geburten vorgenommen wurden. Maßgeblich ist die Gesamtzahl der Geburten an dem Krankenhaus.

Ja

Nein

Auf Verlangen der KVB weise ich die Richtigkeit der Voraussetzung nach b) durch Vorlage einer Bescheinigung der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung bzw. des Krankenhauses schriftlich nach.

6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 2 zum Strukturvertrag

1. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 5,095

Cent:

Voraussetzung für die Vergütung der nachstehend aufgeführten Leistungen ist, dass die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und die Leistungen nach Anlage 2, Nrn. 1 und 2 (einschl. der Nrn. 97402 und 97402A) in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) oder mindestens 25 mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden.

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2107	Exz.e.gr.Geschw.m.Entfg.v.Muskeln
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2155	Haut-od.Schleimh.transpl.,gr.Hautdef
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2162	Implantation eines Haut-Expanders, etc
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2170	Vollst./teilw.op.Entfg.e.Naevus flammeus
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2167	Impl.e.Rundstiellappens u.Modellierung
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2165	Anlg.od.interim.Impl.e.Rundstiellappens
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31101 und 31103.		
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2222	Op.Bes.e.Schnüf./1 Finger ms.Z-Plastik
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	2110	Diagn.Exstir.e.tastb.Mammatumors etc
31112	Eingriff an der Brustdrüse nach Kategorie B2	2133	Op. Austausch Mammaproth.
31112	Eingriff an der Brustdrüse nach Kategorie B2	2135	Op.Entrn.e.Mamille
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	2111	Diagn.Exst.e.n.als Tum.tastb.Brustgew
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	2130	Aufbauplastik der Mamma
31113	Eingriff an der Brustdrüse nach Kategorie B3	2133	Op. Austausch Mammaproth.
31113	Eingriff an der Brustdrüse nach Kategorie B3	2135	Op.Entrn.e.Mamille
31113	Eingriff an der Brustdrüse nach Kategorie B3	2137	Rekonstruktion e.Mamille/körpereig.Gew
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	2115	Mastektomie od.Teilres.e.Brustdrüse
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	2125	Reduktionsplastik der Mamma
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	2131	Rekonstr.Aufbaupl.n.Mammaamp.m.Versch.pl
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2111	Diagn.Exst.e.n.als Tum.tastb.Brustgew
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2115	Mastektomie od.Teilres.e.Brustdrüse
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2121	Ausräumg.d.regionären Lymphstromgeb
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2130	Aufbauplastik der Mamma
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2131	Rekonstr.Aufbaupl.n.Mammaamp.m.Versch.pl
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2132	Op.Austausch e.Mammaprothese
31116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	2125	Reduktionsplastik der Mamma
31117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	2131	Rekonstr.Aufbaupl.n.Mammaamp.m.Versch.pl
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31112, 31113, 31114, 31115, 31116, 31117.		
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2246	Präparation u.Naht e.Beugesehne
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2247	Naht d.Achilles-od.Quadrizepssehne
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2251	Raffg.,Verk.,Verl.od.plast.Ausschneidg
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2420	Prim.Naht/Reins.e.Bandes/Finger-,Zeh.gel
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2421	Primäre Naht d.Bandapparates, etc
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2425	Bandplastik e.Finger- od.Zehengelenks
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2222	Op.Bes.e.Schnüf./1 Finger ms.Z-Plastik
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2240	Muskel- u./od.Fasziennaht
31124	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4	2271	Op.d.Dupuytren'schen Kontraktur/2
31124	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4	2425	Bandplastik e.Finger- od.Zehengelenks
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2231	Op.e.Doppelbildung
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2235	Op.d.Syndaktylie m.Vollhautdeckg
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2236	Op.e.Hand-od.Fussmissbilg.a.Knochen etc
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2266	Freie Sehnen transplantation
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2271	Op.d.Dupuytren'schen Kontraktur/2
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2273	Op.d.Dupuytren'schen Kontraktur/3
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2231	Op.e.Doppelbildung
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2235	Op.d.Syndaktylie m.Vollhautdeckg
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2236	Op.e.Hand-od.Fussmissbilg.a.Knochen etc

31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2273	Op.d.Dupuytren'schen Kontraktur/3
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31123, 31124, 31125, 31126.		
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2227	Sehnnenscheidenradikaloperation
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2261	Stellungskorr.d.Hammerzehe
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2281	Amp.e.Fingerstrahls i.d.Mittelhand etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2341	Osteosyn.e.kl.Röhrenknochens od.e.Rippe
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2352	Osteotomie u./od.Res.e.kl.Knochens, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2361	Entfg.v.Stellschrauben, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2362	Entfg.v.Osteosyn.mat.a.e.kl.Knochen
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2370	Nekrotomie,Op.e.Exostose,etc./kl.Knoch
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2371	Nekrotomie,Exostoseop.,etc./gr.Knochen
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2375	Resektion eines kleinen Knochens
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2381	Exostosen-Abmeisselung b.Hallux valgus
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2411	Op.Einrenkg.d.Lux./Handgelenk, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2421	Primäre Naht d.Bandapparates, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2435	Op.FK-Entfg./Kiefer-, Fingergelenk, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2436	Op.Entfg.freier Gelenkkörper, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2441	Synovektomie/Hand- od.Fussgelenk
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2456	Eröffng.e.Kiefer-, Handgelenks, etc
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2457	Eröffng.e.Ell.bg.- od.Kniegelenks
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2475	Op.Versteifg./Finger- od.Zehengelenk
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2480	Arthroplastik/Finger- od.Zehengelenk
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2440	Synovektomie/Finger- od.Zehengelenk
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2471	Drahtstiftg.z.Fixierg.v.mehr.kl.Gelenken
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2485	Resektion/Finger- od.Zehengelenk
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2261	Stellungskorr.d.Hammerzehe
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2341	Osteosyn.e.kl.Röhrenknochens od.e.Rippe
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2342	Osteosyn./Schlüsselb.,Olekranon, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2351	Osteotomie/kl.Röhrenkn.m.Osteosyn.,etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2352	Osteotomie u./od.Res.e.kl.Knochens, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2363	Entfg.v.Osteosynthesemat.a.e.gr.Knochen
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2370	Nekrotomie,Op.e.Exostose,etc./kl.Knoch
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2371	Nekrotomie,Exostoseop.,etc./gr.Knochen
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2376	Op.Handw.knochenersatz d.Implantat

31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2382	Hallux valgus-Op.m.Gelenkkopfresektion
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2411	Op.Einrenkg.d.Lux./Handgelenk, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2412	Op.Einrenkg.d.Lux./Ellenbogengelenk, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2421	Primäre Naht d.Bandapparates, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2430	Op.e.Meniskus
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2435	Op.FK-Entfg./Kiefer-, Fingergelenk, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2436	Op.Entfg.freier Gelenkkörper, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2437	Op.Entfg.e.Kniekehlezyste
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2441	Synovektomie/Hand- od.Fussgelenk
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2442	Synovektomie/Schulter-,Kniegelenk, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2457	Eröffng.e.Ell.bg.- od.Kniegelenks
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2458	Eröffng.e.Schulter- od.Hüftgelenks
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2490	Op.Einbau/künstl.Fingergelenk, etc
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2497	Entf. Kniesch.proth, Patellektomie
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2485	Resektion/Finger- od.Zehengelenk
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2342	Osteosyn./Schlüsselb.,Olekranon, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2343	Pseudarthr.op./Kahnb.,Handwurzel, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2345	Osteosynthese e.gr.Röhrenknochens, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2371	Nekrotomie,Exostoseop.,etc./gr.Knochen
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2375	Resektion eines kleinen Knochens
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2412	Op.Einrenkg.d.Lux./Ellenbogengelenk, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2422	Prim.Naht/Reins.e.Bandes/Kniegelenk, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2426	Bandplastik/Sprunggel.u./od.Syndesmose
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2436	Op.Entfg.freier Gelenkkörper, etc
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2442	Synovektomie/Schulter-,Kniegelenk, etc
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2343	Pseudarthr.op./Kahnb.,Handwurzel, etc
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2345	Osteosynthese e.gr.Röhrenknochens, etc
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2365	Entn.v.Korpel-od.Knochenmaterial
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2391	Op.Beh.d.Bandsch.vorfalls / 1 Segment
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2422	Prim.Naht/Reins.e.Bandes/Kniegelenk, etc
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2481	Arthroplastik/Kiefer-, Handgelenk, etc
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2392	Op.Beh.d.Bandsch.vorfalls/2 od.3 Segm
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31132, 31133, 31134, 31135, 31137.		

31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	2445	Diagn.arthroskop.Op
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2447	Rezes.arthroskop.Op
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2481	Arthroplastik/Kiefer-, Handgelenk, etc
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2482	Arthroplastik/Schulter-,Kniegelenk, etc
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	2447	Rezes.arthroskop.Op
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	2449	Rekonstr.arthroskop.Op
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	2366	Implant.v.Knorpel,Knochen,allopl.Mat
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	2449	Rekonstr.arthroskop.Op
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31141, 31142, 31143, 31144, 31145, 31146.		
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2621	Nabel-,Mittellinienbruchop
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2622	Nabel-/Mittell.br.op.m.Versch.plastik
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2725	Verschluß A. praeter
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2605	Exst.e.lat.Halszyste, -fistel, etc
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2620	Leisten- od.Schenkelbruchop
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2621	Nabel-,Mittellinienbruchop
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2622	Nabel-/Mittell.br.op.m.Versch.plastik
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2700	Appendektomie
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2606	Exstirp.e.medianen Halszyste, -fistel
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2620	Leisten- od.Schenkelbruchop
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2690	Extirp. Meckel'sche Div.
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2626	Op./eingekl.Leisten- od.Schenkelbr.,etc
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2725	Verschluß A. praeter
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31152, 31153, 31154, 31155.		
31163	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	2700	Appendektomie
31168	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31163		
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	2747	Op.e.transsph.perianalen Fistel
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	2750	Exz.v.Hämorrhoidalknoten, segmentär
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	2751	Exz.v.Hämorrhoidalknoten, submukös
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	2730	Vollst.Exz.e.Pilonidalsinus
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	2742	Op.Versg.e.Mastdarmverletzung
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	2730	Vollst.Exz.e.Pilonidalsinus
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31173, 31174, 31175.		
31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	2825	Freil./Unterb.tiefer Venen/Arterien
31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	2860	Exst.od.subf.Ligatur v.Seitenastvarizen
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	2850	Anl.e.arterio-ven.Shunts z.Hämodialyse
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	2852	Beseitig.e.arterio-venösen Shunts
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2827	Freilegung eines Blutgefäßes am Hals
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2842	Rekonstr.Op.a.e.Finger-od.Zehenarterie
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2850	Anl.e.arterio-ven.Shunts z.Hämodialyse
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2851	Anl.art.-ven.Shunt z.Hämod.m.Transplant
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2852	Beseitig.e.arterio-venösen Shunts
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2861	Crossektomie/Exstirp., V.saph.parva/1
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2870	Rekonstr.Op.a.d.Körpervenen/2
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2827	Freilegung eines Blutgefäßes am Hals
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2861	Crossektomie/Exstirp., V.saph.parva/1
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2871	Rekonstr.Op.a.d.Körpervenen/2
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2862	Crossektomie/Exstirp., V.saph.magna/2
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2871	Rekonstr.Op.a.d.Körpervenen/2
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31201, 31202, 31203, 31204, 31205.		
31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2	2815	Schrittmacher-Erstimplantation

31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2	2816	Wechsel d.Schrittmacher-Aggregates
31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2	2821	Implantation e.perm.Zugangs z.e.Gefäss
31218	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31212.		
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3011	Freileg./Entfg.e.ret.Zahnes d.Osteotomie
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3012	Entfg.e.vollst.impact.Zahnes
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3015	Transplantation eines Zahnes
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3042	Gingivoplastik i.Ber.v.mehr als 4 Zähnen
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3045	Op.Entfg.e.Schlotterkammes/Lappenfibroms
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3047	Mundboden- od.totale Vestibulumplastik
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3060	Op.e.Lidspalte, etc
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3072	Allm.Rep.e.einm.gebr.Ober-/Unterkiefers
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3073	Allm.Rep.e.Mehrfach-,Trümmerfraktur
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3092	Anl.e.Schiene a.gebr.Ober-/Unterkiefer
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3091	Anlg.e.Schiene b.Erkr./O' od.U'kiefer
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31221, 31225.		
31231	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	1457	Op.Eröffng.e.Stirnhöhle
31231	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	1485	Adenotomie (Rachenmandel)
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1427	Plast.Op.z.Verschl.e.Nasensch.w.perforat
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1432	Beseitg.e.knöch.Choanenverschlusses
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1452	Vollst./teilw.Ausräumg.e.Kieferhöhle
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1460	Keilbeinh.op./Ausr.d.Siebbeinzellen
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1495	Exstirp.d.Unterk.u./od.Unterz.sp.drüse
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1520	Mikrochir.Entf.v.Polypen a.d.Kehlkopf
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1522	Endolaryngeale Res.e.Stimmbandes
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1525	Verschluss des Tracheostomas
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	2600	Tracheotomie
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1427	Plast.Op.z.Verschl.e.Nasensch.w.perforat
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1454	Op.Verschl.e.retroaurikulären Öffng
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1478	Op.Behandlg.e.Nachblutg.n.Tonsillektomie
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1517	Probeexzision aus dem Kehlkopf
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1518	Entf. v. Polypen od. and. Neubildungen aus. d. Kehlkopf
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1425	Plastische Korrektur am Nasenseptum/1
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1426	Plastische Korrektur am Nasenseptum/2
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	1453	Radikalop.e.Kieferhöhle
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	1457	Op.Eröffng.e.Stirnhöhle
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	1549	Op.Beseitg.e.Stenose od.v.Exostosen
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1422	Subm.Res./Nasenscheidewand m.kn.Leiste
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1460	Keilbeinh.op./Ausr.d.Siebbeinzellen
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1570	Op.Eröffng.d.Warzenfortsatzes
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1571	Op.Eröffng.d.Warzenforts.(Radikalop.)
31234	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	2605	Exst.e.lat.Halszyste, -fistel, etc
31234	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	2606	Exstirp.e.medianen Halszyste, -fistel
31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	1572	Op.e.Mittelohrtumors od.Colesteatoms
31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	1576	Tympanoplastik als selbst.Leistung
31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	1580	Op.Korr.e.abstehenden Ohres
31236	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	1577	Tymp.plastik m.Interpos./Aufb.d.Geh.kn.k
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31231, 31232, 31233, 31234, 31235, 31236.		
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2275	Op.d.Karpal-od.Tarsaltunnelsyndr.,etc
31242	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2276	Op.e.periph.Nervenengp.syndroms
31242	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2465	Denervation/Finger- od. Zehngelenk
31242	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2466	Einkerbg.d.Sehnenplatte b.Epikondylitis
31242	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2467	Op.d.Epikondylitis radialis od.ulnaris

31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2931	Freileg./Exhairese e.Trigeminusastes
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2935	Neurolyse
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2936	Neurolyse mit Nervenverlagerung
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2945	End-zu-End-Naht e.Nerven/frisch.Verletzg
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2951	Stereotakt.Thermokoag./Ganglion Gasseri
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2930	Freileg./Durchtrenng.e.Nerven
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2950	Verödng.od.Verkochg.d.Ganglion Gasseri
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	2936	Neurolyse mit Nervenverlagerung
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	2946	Sekundärnaht e.peripheren Nerven
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	2947	Interfasz.mikrochir.Nervennaht m.Transplantat
31245	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	2947	Interfasz.mikrochir.Nervennaht m.Transplantat
31246	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	2947	Interfasz.mikrochir.Nervennaht m.Transplantat
31247	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	2948	Interfasz.mikrochir.Nervennaht
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31242, 31243, 31244, 31245, 31246, 31247.		
31254	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	2919	Passagere Implantation v.Reizelektroden
31254	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	2920	Dauerimplantation von Reizelektroden
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	2915	Ventrik.intrakorp.Liquorableitung
31258	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31254, 31255.		
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1761	Op.e.Hydro- u./od.Spermatozele
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1765	Entfg.e.Hodens
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1767	Op.Freileg.e.Hodens
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1759	Varikozelenop
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1760	Varikozelenop.m.Unterb.d.Vena spermatica
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1766	Entfg.e.Nebenhodens
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1768	Op.e.Leistenhodens
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1796	Op.Anlage einer Harnblasenfistel
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	1768	Op.e.Leistenhodens
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	1821	Op.Anlage einer Nierenfistel
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	1768	Op.e.Leistenhodens
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	1778	Op. Entf. Prostataadenom
		=Z	
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31272, 31273, 31274, 31275.		
31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	1777	Teilresektion der Prostata
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	1800	Zus.z.Nrn.1784,1785 f.Entf.v.Blasenst
		=Z	
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31283, 31284.		
31292	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	1788	Zus.z.Nrn.1784,1785 f.Ureterorenoskopie
		=Z	
31294	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	1820	Perk.Anlage einer Nierenfistel
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31292, 31294.		
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1060	Ausräumg.Blasenmole od.missed abortion
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1104	Abrasio
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1086	Messerkonisation der Portio

31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1129	Plast.Op.am Gebärmutterhals
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1141	Exstirp./Marsupialis.v.Vaginalzysten,etc
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	1125	Vordere Scheidenplastik
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	1126	Hint.Scheidenplastik m.Beckenbodenplast
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31301, 31303.		
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	1111	Hysteroskopie einschl.intraut.Eingriffe
31312	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	1150	Op.a.d.Adnexe einer Seite
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	2634	Laparoskopie/Pelviskopie
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	1048	Op.Extrauterinschw.m.Eileiterentfg
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	1049	Op.Extrauterinschw.m.Erhaltg.d.Eileiters
31313	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	1049	Op.Extrauterinschw.m.Erhaltg.d.Eileiters
31315	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	1049	Op.Extrauterinschw.m.Erhaltg.d.Eileiters
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31312, 31313, 31315.		
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	1305	Op.d.Lidsenkung (Ptosis)
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	1330	Verl.,Verk.etc.e.geraden Augenmuskels
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	2164	Reg.Lappenpl.z.Deckg.v.Hautdef./Ges.ber
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1302	Plast.Korr.d.verengten/erweit.Lipspalte
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1305	Op.d.Lidsenkung (Ptosis)
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1306	Op.d.Lidsenkung m.Lidheberverk./Augenlidpl
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1326	Naht e.perf.Hornhaut- od.Lederhautwunde
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1330	Verl.,Verk.etc.e.geraden Augenmuskels
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1332	Verl.,Verk.,etc.,e.Augenmuskels
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1435	Tränensackop.v.Naseninneren aus
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	1302	Plast.Korr.d.verengten/erweit.Lipspalte
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	1306	Op.d.Lidsenkung m.Lidheberverk./Augenlidpl
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	1330	Verl.,Verk.etc.e.geraden Augenmuskels
31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31321, 31322, 31323.		
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1348	Diszission d.Linse od.d.Nachstars
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1350	Starop., ggf. Iridektomie
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1352	Extrakaps.Starop
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1358	Zyklodiathermie- od.Kryo-Zyklothermie-Op
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1359	Op.Regulierung.d.Augeninnendrucks
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1366	Beh.e.vaskulären Netzhauterkrankung
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1370	Entfg.v.Glaskörpergewebe
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1348	Diszission d.Linse od.d.Nachstars
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1350	Starop., ggf. Iridektomie
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1351	Starop.m.Implantation e.intraok.Linse
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1352	Extrakaps.Starop
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1355	Implantation einer intraokularen Linse
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1356	Op.Extraktion einer intraokularen Linse
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1359	Op.Regulierung.d.Augeninnendrucks
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1361	Fistelbildende Op.b.Glaukom, etc
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1366	Beh.e.vaskulären Netzhauterkrankung
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1283	Entf./Geschwulst, etc. a.d.Augenhöhle
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1326	Naht e.perf.Hornhaut- od.Lederhautwunde
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1355	Implantation einer intraokularen Linse
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1361	Fistelbildende Op.b.Glaukom, etc
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1283	Entf./Geschwulst, etc. a.d.Augenhöhle
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	1370	Entfg.v.Glaskörpergewebe
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	1371	Glaskörperstrangdurchtrennung
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	1375	Hornhauttransplantation
31334	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1427	Plast.Op.z.Verschl.e.Nasensch.w.perforat
31334	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1427	Plast.Op.z.Verschl.e.Nasensch.w.perforat

31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31331, 31332, 31333, 31334.		
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	1348	Diszission d.Linse od.d.Nachstars
31341	Laserchirurgischer Eingriff W1	1359	Op.Reguliert.d.Augeninnendrucks
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	1353	Phakoemulsifikation
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	1353	Phakoemulsifikation

2. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,337 Cent:

Voraussetzung für die Vergütung der nachstehend aufgeführten Leistungen ist, dass die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und die Leistungen nach Anlage 2, Nrn. 1 und 2 (einschl. der Nrn. 97402 und 97402A) in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) oder mindestens 25 mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden.

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
08416	ist ein Zuschlag zu 08411	1041	Entf.d.Nachgeb./Fehlgeb.beendg.inn.Eingr
		1043	Naht 1 od.mehrerer Zervixrisse
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1741	Plast.Op.d.Vorhaut/d.Frenulums
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	2162	Implantation eines Haut-Expanders, etc
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	2165	Anlg.od.interim.Impl.e.Rundstiellappens
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	2155	Haut-od.Schleimh.transpl.,gr.Hautdef
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	2167	Impl.e.Rundstiellappens u.Modellierung
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31102.		
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1	2104	Exzision e.od.mehr.Lymphknoten
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1	2147	Tiefreichende Entlastungsinzision(en)
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1	2220	Ganglionop./Hand-,Fuss-od.Fingergel.,etc
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2212	Op.Vers.e.Hohlhandphlegmone
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2220	Ganglionop./Hand-,Fuss-od.Fingergel.,etc
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2240	Muskel- u./od.Fasziennaht
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2121	Ausräumg.d.regionären Lymphstromgeb
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2227	Sehnenscheidenradikalooperation
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2245	Präparation u.Naht e.Strecksehne
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2251	Raffg.,Verk.,Verl.od.plast.Ausschneidg
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2256	Op.Lösg.v.Verwachsungen um mehr.Sehnen
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2265	Op.Herstellg.e.Sehnenbettes
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2270	Op.d.Dupuytren'schen Kontraktur/1
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2420	Prim.Naht/Reins.e.Bandes/Finger-,Zeh.gel
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2421	Primäre Naht d.Bandapparates, etc
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2466	Einkerbg.d.Sehnenplatte b.Epikondylitis
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31121, 31122.		
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2280	Amp./Exartikulation e.Fingers od.e.Zehe
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2440	Synovektomie/Finger- od.Zehengelenk
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2455	Eröffng.e.Finger- od.Zehengelenks
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2960	Op.Denervation d.kl.Wirbelgelenke
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2410	Op.Einrenkg.d.Lux./Fingergelenk, etc
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2471	Drahtstiftg.z.Fixierg.v.mehr.kl.Gelenken
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31131.		
31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	2746	Op.e.intersph.perianalen Fistel
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31172.		
31191	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	2800	Op.Anlage einer Pleuradrainage
31198	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31191.		
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3013	Osteotomie z.Entfg.tieflieg.Fremdkörper
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3038	Op.Verschl.ms.Periostschlitzung etc
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3096	Op.Entfg.v.Osteosynthesematerial
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3035	Op.e.Kieferzyste d.Zystektomie
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3051	Part.Resekt.d.Ober- od.Unterkiefers
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	3046	Partielle Vestibulumplastik

31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	3062	Op.Verschl.v.perf.Def./Gaumen,Vestibulum
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3080	Fixation e.gebr.Kiefers
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3057	Überbrückungsosteosynthese
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3082	Op.Einrichtg.e.gebr.Kieferknochens, etc
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3083	Einrichtg.u.Fixation e.gebr.Kiefers
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31222, 31223, 31224.		
31281	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R1	1716	Innere Schlitzung unter Sicht
31281	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	1802 =Z	Zus.z.1784/1785 f.Eingr.i.d.Harnblase/1
31282	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R2	1730	Plast.Versorg.e.Meatusstriktur
31282	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	1803 =Z	Zus.z.Nrn.1784,1785 f.Eingr.i.d.Harnbl/2
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31281, 31282		

3. Sonstige ambulante Operationen mit Punktwert 4,337 Cent:

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
01853	Infiltrationsanä.z.Durchfg.d.Ster.b.Mann	182	Infiltrationsanä.z.Durchfg.d.Ster.b.Mann
01854	Sterilis.d.Mannes	183	Sterilis.d.Mannes ms.op.Samenl.eingriffs
01855	Sterilis.d.Frau	187	Sterilis.d.Frau ms.op.Eileitereingriff
01856	Narkose i.Z.m. e. Sterilisation	185	Komb.Nark.etc./z.Durchf.d.Nr.187
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation Nr. 10320 bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen.	189	Dokumentierte Überwachung
10320T	Nr. 10322 bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen	2174K	Nr.2174 an sichtb.Stellen lt. Strukturv
10322T	ambulante Operationen maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund	2175K	Nr.2175 an sichtb.Stellen lt. Strukturv
97001	ambulante Operationen großer maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund	2105K	Komplexnr.Anl.1 Gesamtvertrag
97002		2106K	Komplexnr.Anl.1 Gesamtvertrag

4. Ambulante Anästhesien durch Anästhesisten mit Punktwert 5,095 Cent:

Voraussetzung für die Vergütung der nachstehend aufgeführten ambulanten Anästhesien ist, dass die hierfür erforderliche Genehmigung von der KVB für das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und diese Leistungen in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 30 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) oder mindestens 25 mal für Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden.

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
05320	Leitungsanä.e.Nerven od. Ganglion	452	Leitungsanä.e.Nerven od. Ganglion
05330	Anästhesie u/o Narkose	462, 490	Plexus-,Spinal-,Periduralanä.,etc
05331	Zuschlag zu Nr. 05330	463	Fortsetzung d. Anästheise, je vollend. 15 Min.
05340	Überwachung d. Vitalfunktionen	496	Kont.Überwachg.d.Vitalfunktionen
31820	Leitungsa. an Schädelbasis	452	Leitungsanä.e.Nerven od. Ganglion
31820	Leitungsa. an Schädelbasis	462	Plexus-,Spinal-,Periduralanä.,etc
31821	Anästhesie od. Narkose 1		
31822	Anästhesie od. Narkose 2		
31823	Anästhesie od. Narkose 3		
31824	Anästhesie od. Narkose 4		
31825	Anästhesie od. Narkose 5		
31826	Anästhesie od. Narkose 6		
31827	Anästhesie od. Narkose 7		
31828	Zuschlag bei Fortsetzung je weitere 15 Min.	463	Fortsetzung nach Nr. 462 je weitere 15 Min.

5. Postoperative Überwachung nach ambulanter Operationen gemäß Nrn. 1 und 2 mit Punktwert 5,095 Cent:

Gefördert werden - wie bisher - die nachstehend aufgeführten postoperativen Überwachungskomplexe, nach ambulanten Operationen gem. Nr. 1 und 2, bei gleichzeitiger Durchführung ambulanter Anästhesien aus dem Kapitel 31.5 EBM.

Im Quartal 2/2005 erfolgt die Förderung nur für die Gebührenordnungsnummern 31503 bis 31507 EBM.

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
31503	postoperative Überwachung 3	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31504	postoperative Überwachung 4	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31505	postoperative Überwachung 5	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31506	postoperative Überwachung 6	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31507	postoperative Überwachung 7	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung

Ab dem Quartal 3/2005 sind die nachstehend aufgeführten postoperativen Überwachungskomplexe mit einem „T“ zu kennzeichnen. Wird der postoperative Überwachungskomplex nach ambulanten Operationen gem. Nr. 1 und 2, bei gleichzeitiger Durchführung ambulanter Anästhesien aus dem Kapitel 31.5 EBM vom Operateur selbst erbracht, ist zusätzlich noch der Name und die KV-Nummer des Anästhesisten anzugeben.

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
31501	postoperative Überwachung 1	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31502	postoperative Überwachung 2	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31503	postoperative Überwachung 3	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31504	postoperative Überwachung 4	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31505	postoperative Überwachung 5	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31506	postoperative Überwachung 6	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung
31507	postoperative Überwachung 7	63 bis 67	Amb. postop. und tagesklinische Betreuung

5. Ausgewählte belegärztliche Operationen mit Punktwert 5,095 Cent:

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt
		97
		98
31305	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	1139
31334	Intraokularer Eingriff der Kategorie V4	1368
31333	Intraokularer Eingriff der Kategorie V3	1368
31335	Intraokularer Eingriff der Kategorie V5	1368
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2282
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2346
31136	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	2350
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2395
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2397
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2416
31136	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	2427
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2443
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2492
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2493
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2495
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2496
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2640
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2645
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2660
31156	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	2666
31157	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	2667
31156	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	2710
31156	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	2711

31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	2715
31157	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	2716
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2840
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2841
31157	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	2843
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2846
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2848
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2849
31257	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	2910
31257	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	2921
08411	Betreuung und Leitung einer Geburt	1022
08412	Zuschlag zu 08411 f. schw. Geburt	1025
08415	Zuschlag zu 08411 f. Schnittentbindung	1032
97912	Zuschlag für die Nrn. 08411, Wert 50 €	9912

Bedingung für Nrn. 08411, 08412 und 08415:

Teilnahme an der Perinatalstudie und 300 Geburten pro Beleg-Krankenhaus im Kalenderjahr.

6. Leistungen von fachärztlichen Internisten mit Punktwert 5,095 Cent:

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
Kardiologie			
Nachstehende Leistungen der Kardiologie, wenn die Leistungen nach den Nrn. 33030, 33031, 13550, 33022, 13552 und 13551 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden			
33030	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung	614	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung
33031	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung bei Belastung Kardiolog.-diagn. Komplex, FA f. Inn. Med., Schwp.	614	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung
13550	Kardiologie und nach Genehmigung	618	Farbcod.Dopplerechokardiogr.Untersg
33022	Farbcod.Dopplerechokardiogr.Untersg		
33023	Zus.z.Nr. 33022 b.transösoph.Durchfg	619	Zus.z.Nr.616-618/b.transösoph.Durchfg
13552	Funkt.analyse e. Herzschrittmachers	620, 621,	Überprüfung Batterie Herzschrm., Funkt.analyse ein- bzw. Zweikammer-Herzschrittm.
13551	Elektrostimulat.d.Herzens	622	Temp.,transv.Elektrostimulat.d.Herzens
		625	
Angiologie/Endokrinologie			
33070	Sonogr. Unters. extrakr. Hirngefäße mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33070 und 33071 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	686	Duplex-sonograph. Untersuchung d. extrakraniellen u/o intrakraniellen Hirngefäße
33071	Sonogr. Unters. Hirngefäße mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33070 und 33071 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	686	Duplex-sonograph. Untersuchung d. extrakraniellen u/o intrakraniellen Hirngefäße
33072	Sonogr. Unters. Extremitäten mittel Duplex, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	668	Duplex-sonographische Untersuchung d. Arterien u/o Venen d. Extremitäten
33073	Sonogr. Unters. abdom. mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33073 und 33074 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 25 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	687	Dupl.sonogr.Unt.d.Körperstammart./-venen

33074	Sonogr. Unters. weibl. genital mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33073 und 33074 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 25 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	687	Duplex-sonographische Untersuchung d. Arterien u/o Venen des Körperstamms
33075	Zuschlag zu 30070 bis 33074 Farbcod.	689	Zus.z.Nrn.668,686,687,f.farbc.Dupl.sono
13300	Angiol.-diagnost. Komplex, FA f. Inn. Med. Schwp. Angiologie, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	668, 686, 687, 689	Duplex-sonographische Untersuchung d. Arterien u/o Venen d. Extremitäten Duplex-sonograph. Untersuchung d. extrakraniellen u/o intrakraniellen Hirngefäße Duplex-sonographische Untersuchung d. Arterien u/o Venen des Körperstamms Zus.z.Nrn.668,686,687,f.farbc.Dupl.sono
Pulmologie und Lungenärzte			
13662	Bronchoskopie	725	Bronchoskopie
13663	Zuschlag zu 13662 ,	726	Zuschlag zu Nr. 725
13670	Thorakoskopie	2807	Thoroskopie oder Mediastinoskopie
Gastroenterologie			
13400	ösophago-gastroduodenaler Komplex, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	741, 768	Gastroskopie Zuschlag zu Nrn. 740, 741
13401	Zuschlag zur 13400	746	End. Sklerosierungsbehandlung
13402	Zuschlag zu 13400		
13430	bilio-pankreat.-diagn. Komplex,	750	Endosk.Sondierg.d.Papilla Vateri
13431	bilio-pankreat.-therap. Komplex,	751, 752	Papillotomie, Plazierung e. Drainage i.d. Gallen-/Pankreasgang od. Entfernung
13421	Koloskopischer Komplex wenn die Leistungen nach den Nrn. 13421 und 01741 (Präv. Koloskopie) EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden.	764	Totale Koloskopie
13423	Zuschlag zu 13421	765	Zus.z.Nrn.740,741,755-764 f.Polyp.abtrg

7. Leistungen der Schlafstörungsdiagnostik mit Punktwert 5,095 Cent:

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
30900	Polygraphie	728	Kont. simultane. Reg. d. Atmung,....

8. Prä- und postoperativer Untersuchungskomplex mit Punktwert 5,095 Cent:

GOP neu	Bezeichnung	GOP alt	Bezeichnung
31010A (950 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, 0-12 Jahre	13A	Prä- und postop. Untersuchungskomplex, vor amb., belegä. u. stat. Operationen
31011A (950 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, bis 40 Jahre	13A	Prä- und postop. Untersuchungskomplex, vor amb., belegä. u. stat. Operationen
31012A (1.165P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe,40-60 Jahre	13A	Prä- und postop. Untersuchungskomplex, vor amb., belegä. u. stat. Operationen
31013A (1.260P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, nach 60 Jahre	13A	Prä- und postop. Untersuchungskomplex, vor amb., belegä. u. stat. Operationen

9. Folgende von Chirurgen erbrachten Leistungen mit Punktwert 5,00 Cent (ab 1.7.2005):

13421	Koloskopischer Komplex wenn die Leistungen nach den Nrn. 13421 und 01741 (Präventive Koloskopie) EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden	764	einschließlich Zuschlag Nr. 13423 (Nr. 765 EBM alt) zur Nr. 13421
-------	---	-----	--

Regionale Vereinbarung
über die
strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)

1. § 3 erhält ab 01.04.2005 folgende Fassung:

§ 3 Leistungskatalog und Vergütung

(1) Hygienemaßnahmen bei flexiblen Endoskopen

Als Zuschlag für die Hygienemaßnahmen bei flexiblen Endoskopen (Nrn. 13662, 13400, 13410, 13411, 13430, 13431, 13421, 13422, 08311, 26311 und 26310 EBM) vergüten die Krankenkassen für jede Untersuchung einen Betrag von 6,40 €.

Der Zuschlag wird unter der Nr. 97911 abgerechnet.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053 ausgewiesen.

Die mikrobiologische Untersuchung wird von der LKK zweimal jährlich je Praxis vergütet. Hierzu werden von der Praxis die Rechnungen bei der jeweiligen KVB-Bezirksstelle eingereicht. Die KVB stellt den Anteil dieser Kosten den Betriebskrankenkassen in Rechnung. Der Anteil der Betriebskrankenkassen an den Kosten entspricht dem Verhältnis, wie sich die Anzahl der Untersuchungen mit flexiblen Endoskopen für die Betriebskrankenkassen zur Gesamtzahl der Untersuchungen mit flexiblen Endoskopen für die GKV im jeweiligen Abrechnungsquartal verhält.

Voraussetzung für die Abrechnung der Nr. 97911 sowie der Erstattung der Kosten für die mikrobiologische Untersuchung ist das Zertifikat der KVB.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88 ausgewiesen.

(2) Leistungen der Mammographie

Die Leistungen der Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272 und 34273. EBM werden mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet, sofern eine von der KVB ausgestellte Rezertifizierungsurkunde vorliegt. Abweichend von § 2 Abs. 1 Satz 1 gilt diese Regelung auch für ermächtigte Ärzte im Rahmen ihres Ermächtigungsumfangs.

(3) Besuche; Unvorhergesehene Inanspruchnahme, Ordinationskomplex im organisieren Not(fall)dienst

- a) Die Nrn. 01410, 01410N, 01411, 01411N, 01412 und 01412N EBM werden mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet.
- b) Die Nrn. 01100, 01101 und 01210 EBM werden mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet.

(4) Wegepauschalen

Die Abrechenbarkeit richtet sich nach den Bestimmungen des EBM in der jeweils geltenden Fassung. Wegepauschalen i. Z. m. Besuchstätigkeit und Visiten werden gemäß Anlage B I. Nr. 8 und B II. Nr. 9 vergütet.

(5) Bereitschaftsdienstpauschale für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) organisiert nach Maßgabe der Bereitschaftsdienstordnung der KVB im Zusammenwirken mit ihren Mitgliedern einen Ärztlichen Bereitschaftsdienst im Sinne von § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V, soweit die Versorgung der Patienten durch das Sprechstundenangebot der Vertragsärzte nicht oder nicht ausreichend sichergestellt ist.

Die LKK vergütet für den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB eine Bereitschaftsdienstpauschale entsprechend den nachstehenden Regelungen:

1. Anspruchsberechtigte Ärzte:

- a) Vertragsärzte, die ihre Bereitschaftsdienste im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB in eigener Person durchführen
- b) Vertragsärzte, die für andere Vertragsärzte ihrer Bereitschaftsdienstgruppe Bereitschaftsdienste im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVB durchführen
- c) Vertragsärzte, die in Bereitschaftspraxen der KVB und Bereitschaftspraxen in Kooperation mit der KVB am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB teilnehmen

2. Zeiten des Bereitschaftsdienstes:

Die Bereitschaftsdienstpauschale wird für die von der KVB - Bezirksstelle auf der Grundlage der Bereitschaftsdienstordnung festgelegten Zeiten gezahlt. Diese Zeiten sind im Dienstplan ausgewiesen.

Keine Pauschale wird gezahlt für Zeiten der gegenseitigen kollegialen Vertretung, für belegärztliche Dienste, für konsiliarärztliche Dienste und für Dienste, die außerhalb der eigenen Bereitschaftsdienstgruppe durchgeführt werden.

3. Höhe der Bereitschaftsdienstpauschale:

Jede anerkannte Bereitschaftsdienststunde wird mit einem festen €-Betrag vergütet

- a) in der Zeit von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr
- b) in der Zeit von 20:00 Uhr bis 08:00 Uhr.

Die kalkulatorischen Stundensätze für den Arzt betragen 4,70 € für die Tag-Stunde und 8,33 € für die Nacht-Stunde.

Der Anteil der LKK an den Stundensätzen entspricht dem Verhältnis, wie sich die Anzahl der Fälle im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst (O-Fälle) für die LKK zur Gesamtzahl der Fälle im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst (O-Fälle) für die GKV im jeweiligen Abrechnungsquartal verhält.

4. Abrechnung:

Der Arzt rechnet für jeden Tag, an dem er den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach den Kriterien von Abs. 1. durchgeführt hat, die Zahl der Tag-Stunden bzw. die Zahl der Nacht-Stunden kumuliert auf einem hierfür eigens ausgestellten Abrechnungsschein ab. Abrechnungsnummer für die Tag-Stunde ist die Nr. 95606, für die Nacht-Stunde die Nr. 95607.

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position F-99-90-88, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'1HG053 ausgewiesen.

Die Bereitschaftsdienstpauschale wird zusätzlich zu der Vergütung der ärztlichen Leistungen gezahlt.

Die KVB-Bezirksstellen verpflichten sich, eingehende Prüfungen hinsichtlich der Richtigkeit der Abrechnungen durchzuführen und die Abrechnungen ggf. zu berichtigen.

(6) Onkologie

Die Leistungen nach den Nrn. 86500 und 86501 werden gemäß der Onkologievereinbarung vergütet (FBI.3 D-01-51-00).

Alle Leistungen eines Behandlungsfalles, in dem die Nr. 86501 abgerechnet und anerkannt wurde, werden mit 5,095 Cent vergütet.

(7) Strahlentherapeutische Leistungen

Die Leistungen nach den Nrn. 25210, 25211, 25320, 25321, 25322, 25323, 25340, 25341 und 25342 EBM werden vorläufig vergütet mit einem Punktwert von

- **4,955 Cent** für Ärzte, die eigene bauliche Voraussetzungen nachweisen
- **4,686 Cent** für Ärzte, die keine eigenen bauliche Voraussetzungen nachweisen
- **3,938 Cent** für ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

(8) Augenärztliche Leistungen

Der von zugelassenen Augenärzten für Leistungen nach den Nrn. 06340, 06341 und 06342 EBM (Kontaktlinsenanpassung) erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert **5,095 Cent** vergütet

(9) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychiatern erbrachte Leistungen nach den Nrn. 14220, 14222 und 14310 EBM werden mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet.

(10) Psychiatrische Leistungen

Der von zugelassenen Psychiatern und Nervenärzten für Leistungen nach den Nrn. 21216, 21220 und 21221 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet, sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezahl für Leistungen nach Kapitel G II EBM je Praxis mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezahl je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz ist das Abrechnungsquartal 2/2002. Für Praxisneugründungen können die Vertragspartner einvernehmlich eine von Satz 1 abweichende Regelung treffen.

Für Psychiater und Nervenärzte, die nicht unter obige Regelungen fallen, gilt folgendes:
Der von zugelassenen Psychiatern und Nervenärzten für Leistungen nach den Nrn. 21216, 21220 und 21221 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von 5,095 Cent vergütet., sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezahl für Leistungen nach Kapitel G II EBM je Praxis mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezahl je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz, ist das Abrechnungsquartal 2/2004.

(11) Behandlung chronischer Wunden:

Der von zugelassenen Chirurgen, Hautärzten oder von Hausärzten für Leistungen nach den Nrn. 2020, 2021 und 2022 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von **5,095 Cent** vergütet, sofern die Leistungen mindestens 5 mal im Behandlungsfall erbracht wurden.

Einzelheiten zu Qualifikationsanforderungen und Dokumentation werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(12) Hörgeräteanpassung

Von zugelassenen HNO - Ärzten im Rahmen der Hörgeräteanpassung erbrachte Leistungen werden mit einem Punktwert von **5,095 Cent** vergütet.

Einzelheiten zu Qualifikationsanforderungen, Dokumentation und Leistungsumfang vgl. die zum 31.12.2003 gültigen Anlage 2 zu dieser Vereinbarung.

Anlage 2:

Die in Anlage 2 aufgeführten EBM Nr. 1591, 1593, 1597, 1602 werden in folgende Nrn. EBM 2000 plus 09320, 09321, 09322, 09323, 09340 transkodiert. Die Buchstabenzusätze bleiben unverändert.

(13) Orthopädische Leistungen

Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie erhalten für Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen je Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von **45,86 €** Abrechnungsfähig mit der Nr. 97916.

Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk.

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

Die Vertragspartner streben eine qualitätsgebundene Regelung für den Gesamtbereich der Rheumatologie (orthopädische und internistische Rheumatologie) an.

(14) Allergologie

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(15) Pathologie Zytologie *

1. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte, die die Genehmigung zur Erbringung der Nr. 19311 EBM haben, erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 01826 und 19311 EBM mit einem Punktwert von **5,095 Cent**, nach der Nr. 01733 EBM mit einem €-Betrag in Höhe von **7,13 €** vergütet, sofern sie eine Genehmigung der KVB zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen für den Bereich Zytologie haben.
Die Genehmigung wird auf Antrag (Anlage 1) bei erfolgreich absolvierter Sonderzertifizierungsprüfung erteilt.
Der Antrag ersetzt die Teilnahmeerklärung nach § 2 Abs. 1 Satz 3.
Der einmal pro Jahr erforderliche Qualitätssicherungsbericht ist mit dieser Vergütung abgegolten.
2. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 19310 und 19313 EBM mit einem Punktwert von **5,095 Cent** vergütet, sofern sie eine Genehmigung der KVB zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen für den Bereich Pathologie haben. Dies gilt vorläufig noch nicht für Dermatologen, Näheres wird noch vereinbart.
Die Genehmigung wird auf Antrag (Anlage 1) bei erfolgreich absolvierter Sonderzertifizierungsprüfung erteilt.
Der Antrag ersetzt die Teilnahmeerklärung nach § 2 Abs. 1 Satz 3.
3. Die Sonderzertifizierung wird ab 01.07.2003 durchgeführt.
4. Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 3. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag in den Quartalen 3 und 4/2003.
Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 4. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag im Quartal 4/2003.
Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

(16) Ergometrie

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

2. Mit Wirkung ab 01.04.2005 erhält Anlage B folgende Fassung:

Wegepauschalen Sonstige Abrechnungsbestimmungen

I. Wegepauschalen

Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412 und 01721 EBM und für jede Einzelvisite nach der Nr. 01414 EBM eine Wegepauschale nach den Nrn. 40220 bis 40230 EBM in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten. Darüber hinaus erhält eine gesonderte Wegepauschale

- der Vertragsarzt bei konsiliarischer Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobenen Befunde, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen (vergleiche Bereich VI, Anhang 1 EBM).
- der Operateur für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Nrn. 40190 oder 40192 EBM in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten
- der Vertragsarzt für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km nach den Nrn. 95162 oder 95163 in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten.

2. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet

- für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. 40220 oder 40226 EBM
- für Besuchsstellen innerhalb von Radien von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. /40222 oder 40228 EBM
- für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. 40224 oder 40230 EBM
- für Besuchsstellen jenseits eines Radius von 10 km nach den Nrn. 40190 oder 40192 EBM für Besuche zur Durchführung konsiliarärztlicher Tätigkeit oder für den ersten Besuch des Operateurs nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen
- für Besuchsstellen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km nach den Nrn. 95162 oder 95163.

3.a Die Bereiche für die Wegepauschalen werden, ausgehend vom Praxissitz des Vertragsarztes als Zentrum, auf Landkarten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns festgelegt.

3.b Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann für Besuchsfahrten, die aufgrund der örtlichen Straßenverhältnisse große Umwege erfordern (z. B. Berg-, Tal-, Fluss-Umgehungen), auf Antrag des Vertragsarztes festlegen, dass im Einzelfall der Abrechnungsmodus für Wegepauschalen dahingehend verändert wird, dass dem Vertragsarzt die Abrechnung höherwertiger Wegepauschalen nach den Nrn. 40222 bzw. 40228, 40224 bzw. 40230 oder 40190 bzw. 40192 EBM eingeräumt wird.

- 3.c Gibt ein Arzt keine Pauschale (Zone) an, erhält er in jedem Fall die Pauschale bis zu 2 km. Der Vertragsarzt kann auf den Eintrag der Pauschale bis zu 2 km (Z 1) verzichten. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns setzt in diesen Fällen die Pauschale bis zu 2 km automatisch zu.
4. Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 40220 bis 40230, 40190 oder 40192 bzw. 95162 oder 95163 EBM berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend (ausgenommen die Fälle nach Absatz 3b) ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche bzw. jenseits des Radius von 10 km.
5. Für die Berechnung der Wegepauschalen ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
6. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
7. Neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM können Wegepauschalen nach den Nrn. 40220 bis 40230 EBM berechnet werden. Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke in derselben Praxis bzw. demselben Krankenhaus aufgesucht, so ist die Leistung nach Nr. 05230 EBM entsprechend mehrfach, die Wegepauschale dagegen nur einmal berechnungsfähig.
8. Wegepauschalen
- | | | |
|-----------|--|------------|
| Nr. 95162 | Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Tage zwischen 7:00 und 19:00 Uhr | 17,13 EURO |
| Nr. 95163 | Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Nacht zwischen 19:00 und 7:00 Uhr | 22,83 EURO |
9. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Vertragspartnern bleiben davon unberührt.

II.

Sonstige Abrechnungsbestimmungen

1. Ambulante Leistungen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlung

- a) Ambulant ausgeführte ärztliche Leistungen, die von einem an der ärztlichen Versorgung ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig, wenn der Versicherte wegen derselben Krankheit am selben Tag in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird. Satz 1 gilt analog für den Entlassungstag.
- b) Wird bei einem Versicherten eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung nach §115 a SGB V durchgeführt, können solche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ ermächtigte Institutionsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.
- c) Ambulante, vor stationärer Krankenhausaufnahme durchgeführte Untersuchungen durch einen ermächtigten angestellten Arzt für Anästhesie zur Feststellung der Narkosefähigkeit sowie

Leistungen zur Planung und Durchführung einer Narkose/Anästhesie als Voraussetzung eines stationären operativen Eingriffs werden diesem Arzt nicht vergütet. Dies gilt auch, wenn diese Untersuchungen durch andere ermächtigte angestellte Krankenhausärzte durchgeführt werden.

- d) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V zur konsiliarärztlichen Untersuchung oder Behandlung hinzugezogen, so werden seine Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies gilt nicht bei Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen.

2. Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Sofern ein Krankenhaus gemäß § 115 b Absatz 2 Satz 2 SGB V ambulante Operationen durchführt, können solche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ermächtigte Institutionsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

3. Anforderung von Befundmitteilungen

Die Anforderung von Befundmitteilungen und Krankenblättern durch einen ambulant behandelnden Vertragsarzt sowie die Rücksendung solcher Unterlagen sind berechnungsfähige Leistungen im Sinne der Nr. 01430 EBM.

Soweit Portokosten für den Versand von Unterlagen für Patienten anfallen, für die im betreffenden Quartal keine Krankenversichertenkarte vorlag, sind die angefallenen Portokosten nach Kapitel 40 des EBM auf einem selbst ausgestellten Abrechnungsschein (Vordruck 5) gegenüber der zum Zeitpunkt des Postversandes zuständigen Krankenkasse abzurechnen.

4. Telefonkosten

Telefonkosten nach Bereich I Nr. 7.3 des EBM sind auf dem Behandlungsausweis mit dem EURO-Betrag und der Zusatzbezeichnung „F“ abzurechnen. Sie werden in der Leistungsgruppe 14 gesondert ausgewiesen.

5. Besuche, bei denen der Patient nicht angetroffen wurde

Wird ein Vertragsarzt in dringenden Fällen gerufen und wird der Patient nicht angetroffen, so kann der Vertragsarzt unter Angabe von Gründen die Nr. 01411, 01412 EBM sowie die entsprechende Wegepauschale abrechnen.

6. Transportkosten für Schnellschnittmaterial

Kosten für den Transport von Schnellschnittmaterial werden wie folgt erstattet:

- | | |
|---|-----------|
| Nr. 97134 bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger bis zu 2 km Radius: | 3,17 EURO |
| Nr. 97135 bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger zwischen 2 km und 5 km Radius: | 6,34 EURO |
| Nr. 97136 bei einer Entfernung zwischen Operationsstelle und Materialempfänger von mehr als 5 km Radius: | 9,20 EURO |

Die Leistungen nach den Nrn. 97134 bis 97136 sind dem Kapitel 40 EBM zuzuordnen.

7. Pauschalen für gesetzliche Vorsorgeleistungen

Für Leistungen der Mutterschaftsvorsorge nach Abschnitt II Nr. 1.7.4 EBM, Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.1 EBM, Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.2 EBM werden folgende Pauschalen vereinbart:

EBM – Nr.	in EURO ab 2/2005
01707	9,78
01708	11,83
01710	4,32
01711	10,45
01712	29,55
01713	29,55
01714	29,55
01715	29,55
01716	29,55
01717	29,55
01718	29,55
01719	29,55
01720	35,45
01721	14,77
01722	20,45
01730	15,45
01731	12,73
01732	30,31
01733	6,93
01734	2,27
01740	8,98
01741	186,34
01741S	208,88
01742	36,13
01743	12,95
01770	105,21
01772	41,52
01773	63,94
01774	94,13
01775	51,20
01780	27,64
01781	44,58
01782	70,95
01783	12,23
01784	5,99
01785	7,77
01786	11,59
01787	67,51
01790	19,87
01791	40,00

01792	162,53
01793	499,31
01800	6,37
01801	7,13
01802	10,44
01803	12,99
01804	9,68
01805	6,62
01806	10,44
01807	8,15
01808	24,20
01809	8,41
01810	9,43
01811	6,62
01812	5,73
01813	11,85
01815	13,25

8. Wegepauschalen

EBM – Nr. ab 2/2005	Pauschale in €
40190	14,99
40192	20,70
40240	7,12
40260	3,63
40220	4,43
40222	8,85
40224	12,84
40226	8,85
40228	13,66
40230	18,48

Das abgerechnete € - Volumen wird im Formblatt 3 unter Position D01-54-00, D 02-54-00 bzw. D 18-54-00, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L 1HG053 ausgewiesen.“

9. Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwagen bzw. Rettungshubschrauber

a) Höhe der Pauschalen ab 01.04.2005:

Abrechnungsnummer 9601/ab 01.04.2005 95601: Für den Einsatz zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr	80,76 €
Abrechnungsnummer 9601L/ab 01.04.2005 95601L: Für den Einsatz zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr bei Luftrettung	80,76 €
Abrechnungsnummer 9602/ab 01.04.2005 95602: Für den Einsatz zwischen 20:00 Uhr und 8:00 Uhr sowie Samstag, Sonn- und Feiertag rund um die Uhr (entsprechend BDO)	100,20 €
Abrechnungsnummer 9602L/ab 01.04.2005 95602L: Für den Einsatz bei Luftrettung zwischen 20:00 Uhr und 8:00 Uhr sowie Samstag, Sonn- und Feiertag rund um die Uhr (entsprechend BDO)	100,20 €
Abrechnungsnummer 9603A/ab 01.04.2005 95603A: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 75 Min	20,64 €
Abrechnungsnummer 9603B/ab 01.04.2005 95603B: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 90 Min	41,28 €
Abrechnungsnummer 9603C/ab 01.04.2005 95603C: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 120 Min	82,55 €
Abrechnungsnummer 9603D/ab 01.04.2005 95603D: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 150 Min	123,83 €

b) Höhe der Pauschalen ab 01.07.2005:

Abrechnungsnummer 95601:	91,00 €
Abrechnungsnummer 95601L (bei Luftrettung):	91,00 €
Abrechnungsnummer 95602: Für den Einsatz zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr; Sa, So und Feiertag oder Unterbrechung der Sprechstunde	111,50 €
Abrechnungsnummer 95602L (bei Luftrettung): Für den Einsatz zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr; Sa, So und Feiertag oder Unterbrechung der Sprechstunde	111,50 €
Abrechnungsnummer 95603A: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 75 Min	16,45 €
Abrechnungsnummer 95603B: Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 90 Min	32,90 €

Abrechnungsnummer 95603C:

Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 120 Min

65,80 €**Abrechnungsnummer 95603D:**

Zuschlag für Gesamteinsatzzeit von mehr als 150 Min

98,70 €„10. Kurative Vakuumstanzbiopsie:

GOP	Pauschale in €2004	Pauschale in €2005
97855K	700,00	697,90

Die Nr. 9855K ist nur von Ärzten kurativ abrechenbar, die die Genehmigung zur Teilnahme am bayerischen Mammographiescreening haben“

„ 11. Genotypische HIV-Resistenztestung

GOP	Pauschale in €2004	Pauschale in €2005
32828 EBM	360,00	360,00

3. Mit Wirkung ab 01. April 2005 erhält Anlage C folgende Fassung:

Anlage C zum Gesamtvertrag

Stationäre vertragsärztliche Versorgung

Stationäre vertragsärztliche Versorgung

I.

Grundsätze für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen

1. Vergütungsfähig sind die Leistungen von Vertragsärzten, denen von der KVB im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erteilt wurde.
2. Für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen gelten der EBM und die nachfolgend aufgeführten Regelungen. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Belegarzt
 - einen niedergelassenen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Krankenhausarzt zur Assistenz, Narkose/Anästhesien hinzuzieht, sofern diese Leistungen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung) des betreffenden Krankenhauses gehören.
 - einen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarzt zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium oder im Vertretungsfall hinzuzieht.

Die in dieser Vereinbarung genannten Abrechnungspositionen beziehen sich auf den EBM in der jeweils gültigen Fassung.

3. Soweit für die ambulante Erbringung von Leistungen Qualifikationsanforderungen bestehen, gelten diese auch für die stationäre (belegärztliche) Tätigkeit.
4. Soweit Krankenhaussträger Belegabteilungen vorhalten, gehen die Vertragspartner davon aus, dass die dazu erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhaussträger zu stellen ist. Wird diese erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhaussträger nicht vorgehalten, ist eine externe Leistungserbringung nicht abrechnungsfähig, soweit in den nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.
5. **Leistungen nach Kapitel 32 EBM sowie entsprechende Leistungen aus den Abschnitten 1.7.4 und 1.7.5 sind nicht berechnungsfähig, es sei denn, sie werden in reinen Belegkrankenhäusern erbracht.**

II.

Besondere Bestimmungen für abrechnungsfähige Leistungen des Belegarztes

1. Die Vergütung der Leistungsziffern des EBM erfolgt gemäß der Übersicht 1. Die reduzierten Vergütungssätze gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
2. Soweit Leistungen nach dem Abschnitt 32.2 und entsprechende Leistungen des Abschnitt 1.7 vom Belegarzt in seiner Praxis erbracht werden, werden diese zu 100 % vergütet.
3. Die Bestimmungen der § 11, 25 und 41 Abs. 6 BMV-Ä gelten entsprechend.
4. Die Leistung nach Nr. 01414 in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 (wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind) kann der Belegarzt, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 31.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde. Die entsprechende Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
5. Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke in demselben Krankenhaus aufgesucht, so ist die Leistung nach Nr. 01414 entsprechend mehrfach, die Wegepauschale dagegen nur einmal berechnungsfähig. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
6. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich, mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

III.

Abrechnungsfähige Leistungen von Ärzten, die der Belegarzt hinzuzieht

1. Die Bestimmungen nach I., Nr. 2. dieser Vereinbarung gelten analog für den hinzugezogenen Vertragsarzt, soweit in nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.
2. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach Abschnitt II. dieses Vertrages vergütet.
3. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (vgl. § 41) berechnen:

3.1 für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen

- die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70% des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale. Die Leistung ist mit der Nr. 01414A zu kennzeichnen. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
- die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70% des Vergütungssatzes ggf. in Verbindung mit der Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale je Aufsuchen des Belegkrankenhauses. Die Leistung ist mit der Nr. 01414A zu kennzeichnen. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.

- 3.2 für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen
- die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
 - die Leistung nach der Nr. 05230 in Verbindung mit der Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale je Aufsuchen des Belegkrankenhauses. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
- 3.3 Bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414 mit 70% des Vergütungssatzes, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101 EBM EBM (wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind), insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen. Die Visite ist mit der Nr. 01414A zu kennzeichnen. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
- 3.4 bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2 (mit Ausnahme der Leistungen nach Abschnitt 2.5), 5 und Abschnitt 31.5.

IV.

Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

Als Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden je Patient und Pflage tag 2,56 € erstattet. Hierfür ist die Nummer 40170 in der Abrechnung einzutragen.

Wird der Bereitschaftsdienst von einem von der KVB genehmigten Assistenten geleistet, erhält die Vergütung der Belegarzt. Der Belegarzt hat durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nachzuweisen, dass ihm Kosten für einen ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns unterrichtet hierüber die übrigen Partner der Gesamtverträge.

V.

Anwendungsbestimmungen

(Beleg)ärzte, deren Praxis innerhalb des Organisationsbereiches des Krankenhauses errichtet ist, können für das Aufsuchen von Belegabteilungen keine Wegepauschalen abrechnen.

VI.

Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab 1. April 2005 in Kraft.

*

Einzutragende Wegepauschalen

Nr. 40220 (entspricht Z1, Tag)

Nr. 40222 (entspricht Z2, Tag)

Nr. 40224 (entspricht Z3, Tag)

Nr. 40226 (entspricht Z1, Nacht)

Nr. 40228 (entspricht Z2, Nacht)

Nr. 40230 (entspricht Z3, Nacht)

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 50 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
Kapitel 1	01102, 01410, 01411, 01412, 01413, 01430, 01440, Leistungen nach 1.5, 01610, 01612, 01620, 01621, 01622, 01623, 01700, 01701, 01721, 01713-01722, 01730-01732, 01740-01743, Leistungen nach Abschnitt 1.7.3, 01770, 01783, 01800-01814, 01829, 01910, 01911, 01912, 01950-01952, Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			01826, 01831, 01838, 01839, 01902	01414 bei hinzugezogenen Vertrags-ärzten	Restliche Leistungen. Leistungen aus 1.7, die denen des Kapitel 32 und des Abschnitts 19.3 entsprechen und mindestens mit 160 Punkten bewertet sind.
Kapitel 2.	Leistungen nach 2.5 (mit Ausnahme 02520) und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			02520		Restliche Leistungen
Kapitel 3	Leistungen nach 3.2, Leistungen nach 3.3.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			03320, 03321, 03322, 03323, 03324, 03330, 03333		Restliche Leistungen, 03115
Kapitel 4	Leistungen nach 4.2, Leistungen nach 4.3.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			04320, 04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04332, 04333, 04334,		Restliche Leistungen, 04115
Kapitel 5	05350					Restliche Leistungen, 05215
Kapitel 6				06330, 06331, 06332		Restliche Leistungen, 06215
Kapitel 7	Leistungen nach 7.3					Restliche Leistungen, 07215
Kapitel 8	08542			08310, 08574		Restliche Leistungen, 08215
Kapitel 9				09318, 09320, 09321, 09323, 09324, 09325, 09327, 09333, 09340		Restliche Leistungen, 09215
Kapitel 10	10330			10320, 10322, 10324		Restliche Leistungen, 10215
Kapitel 11				11310-11322		Restliche Leistungen, 11215

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 50 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
Kapitel 12	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *					Restliche Leistungen
Kapitel 13	13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700			13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13300, 13301, 13310, 13311, 13.3.3 (mit Ausnahme der 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13421-24, 13431), 13.3.5, 13.3.7 (mit Ausnahme der 13662, 13663)		Restliche Leistungen, 13215
Kapitel 14	14240, 14313, 14314			14320, 14321, 14330, 14331		Restliche Leistungen, 14215
Kapitel 15						Restliche Leistungen, 15215
Kapitel 16	16230, 16231 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			16310, 16311, 16320, 16321, 16322		Restliche Leistungen, 16215
Kapitel 17		Leistungen nach 17.3				Restliche Leistungen, 17210, 17214
Kapitel 18	Leistungen nach 18.3					Restliche Leistungen, 18215
Kapitel 19	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			Leistungen nach Abschnitt 19.3		Restliche Leistungen, 19215
Kapitel 20				20314, 20320, 20324, 20325, 20327, 20330, 20340, 20351, 20352, 20353		Restliche Leistungen, 20220
Kapitel 21	21230, 21231, 21232 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			21310, 21311, 21320, 21321		Restliche Leistungen, 21215
Kapitel 22						Restliche Leistungen, 22215
Kapitel 23						Restliche Leistungen, 23215
Kapitel 24						24210, 24211, 24212
Kapitel 25						Restliche Leistungen
Kapitel				26313		Restliche Leistungen, 26215

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 50 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
26						
Kapitel 27				27320, 27321, 27322, 27323, 27324, 27330, 27331		Restliche Leistungen, 27215
Kapitel 30	30700, 30701, Leistungen nach 30.4 (mit Ausnahme von 30430, 30431) und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *			30430, 30431, 30500, Leistungen nach Abschnitt 30.7 (mit Ausnahme 30700, 30701)		Restliche Leistungen
Kapitel 31	Leistungen nach 31.1.2 und 31.3		Leistungen nach 31.2. der Kategorie 1-3	Leistungen nach 31.2. der Kategorie 4-6	Leistungen nach 31.2. der Kategorie 7	Restliche Leistungen
Kapitel 32	Alle Leistungen des Kapitel 32					
Kapitel 33				Alle Leistungen des Kapitel 33		
Kapitel 34		Leistungen nach 34.3 und 34.4, 34502		Leistungen nach Abschnitt 34.2 und 34,6, 34500, 34501		Restliche Leistungen
Kapitel 35	Leistungen nach 35.1, Leistungen nach 35.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten*					Restliche Leistungen
Kapitel 40	40100, 40142, 40150, 40152, 40154, 40156, 40240, 40260, 40300, 40850, Leistungen nach 40.06, 40.10, 40.13 bis 40.15					Restliche Leistungen

* Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 120 Punkten nicht erreicht.

München, den 04.11.2005

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes