

Anlage B zum Gesamtvertrag

Mit Wirkung ab 01.01.2009 wird die Anlage B wie folgt neu gefasst:

Vereinbarung

zwischen

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
-Körperschaft des öffentlichen Rechts-
einerseits

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
(KVB)
andererseits

über

Regionale Vereinbarungen

zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen

I. Abrechenbare Leistungen

(1) Mikrobiologische Untersuchung

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

Voraussetzung für die Erstattung der Kosten für die mikrobiologische Untersuchung ist das Zertifikat der KVB.

Das abgerechnete € - Volumen wird im VDX-Viewer unter Konto 400, Vorgang 101, ausgewiesen.

(2) Bereitschaftsdienstpauschale für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB

Die 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 AOK Bayern 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 oder einer Nachbardienstgruppe 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 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 AOK Bayern an den Stundensätzen entspricht dem Verhältnis, wie sich die Anzahl der Fälle im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst (O-Fälle) für die AOK Bayern 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 VDX-Viewer unter Konto 400, Vorgang 102, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik ausgewiesen.

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

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

(3) Bereitschaftspraxen im Rahmen der Bereitschaftsdienstordnung in der jeweils gültigen Fassung

1. Teilnehmende Bereitschaftspraxen

Die Teilnahmemöglichkeit ist abhängig davon,

- ob ein Kooperationsvertrag mit der KVB besteht oder
- ob es sich um eine KVB-eigene Bereitschaftspraxis handelt

2. Vergütung

Vertragsärzte von teilnehmenden Bereitschaftspraxen erhalten je abgerechnetem und anerkanntem Fall eine Pauschale in Höhe von 5,00 € als Vergütungszuschlag zur Euro-Gebührenordnung.

3. Finanzierung

Die Vergütung erfolgt zusätzlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Der Zuschlag wird im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90 ausgewiesen.

(4) Onkologie

Die Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 02100 bis 02120 sowie 13500 bis 13502 EBM eines Behandlungsfalles, in dem die Nr. 86501 abgerechnet und anerkannt wurde, werden bei Teilnahme an der Vereinbarung über die Einführung von Medikamentenpauschalen auf INN – Basis (INN – Vereinbarung) mit einem €-Zuschlag vergütet.

Ebenso bei der Zusammenarbeit mit einer Apotheke, mit der die AOK Bayern einen Vertrag nach § 129 Abs. 5 SGB V hat. Die AOK Bayern meldet diese Vertragsärzte der KVB rechtzeitig für jedes Abrechnungsquartal bis zum 15. des 2. Quartalsmonats.

Berechnung des Zuschlags: 5,00 Cent – 4,324 Cent = 0,676 Cent

Punktzahl EBM x 0,676 Cent = Höhe des €-Zuschlages

GOP	GOP-TEXT	Punkte EBM 2009	€-Zuschlag
01510	Zusatzp.f.Beob.u.Betr.-Praxiskl.Betr.2h	1420	9,60 €
01511	Zusatzp.f.Beob.u.Betr.-Praxiskl.Betr.4h	2700	18,25 €
01512	Zusatzp.f.Beob.u.Betr.-Praxiskl.Betr.6h	3970	26,84 €
02100	Infusion	160	1,08 €
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	445	3,01 €
02110	Erst-Transfusion	600	4,06 €
02111	Folge-Transfusion	240	1,62 €
02112	Reinfusion	190	1,28 €

02120	Erstprogrammierung ein. Zytostatikapumpe	330	2,23 €
13500	Zusatzp.hämatol.,onkolog.,immun.Erkrän.	540	3,65 €
13501	Zusatzp.Betreuung nach Transplantation	540	3,65 €
13502	Zusatzp.aplasieind.Toxi.adaptierte Ther.	540	3,65 €

(5) Belegärztliche Leistungen

5.1 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.

5.2 Zuschlag belegärztliche Geburten

GOP	Bezeichnung	Wert
97912	Zuschlag für die Nr. 08411	50 €

Voraussetzung für Nr. 08411: Teilnahme an der Perinatalstudie und 300 Geburten pro Beleg-Krankenhaus im Kalenderjahr.

5.3 Zuschlag für stationär (belegärztlich) erbrachte und anerkannte Leistungen ab 01.04.2010

Für alle stationär (belegärztlich) erbrachten und anerkannten Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 36 EBM wird ein Punktwertzuschlag in Höhe von 0,35 Cent vergütet.

(s. auch Protokollnotiz)

(6) Wegepauschalen

6.1. Wegepauschalen für Besuche und Einzelvisiten

6.1.1. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 und 01721 EBM und für jede Einzelvisite nach der Nr. 01414 EBM eine Wegepauschale nach den Nrn. 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 und 40230 in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten.

6.1.2. Darüber hinaus erhält der Vertragsarzt eine gesonderte Wegepauschale 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 erhobene Befunde, wenn für diese Leistungen Fahrtkosten entstehen (vergleiche Bereich VI, Anhang 1 EBM).

6.1.3 Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragspartners aus berechnet.

- für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. 40220 oder 40226
- für Besuchsstellen innerhalb von Radien von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. 40222 oder 40228
- für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. 40224 oder 40230

6.2 Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes

Im Rahmen des Bereitschaftsdienstes erhält der Vertragsarzt eine von seinem Praxissitz aus berechnete gesonderte Wegepauschale in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten

- für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km nach den Nrn. 95162 oder 95163
- für Besuche in einem Bereich über 15 km nach den Nrn. 95164 oder 95165

- 6.3** Die Bereiche für die Wegepauschalen werden, ausgehend vom Praxissitz des Vertragsarztes als Zentrum, auf Landkarten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns festgelegt.
- 6.4** 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 eingeräumt wird.
- 6.5** 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.
- 6.6.** Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 40220, 40222, 40224, 40226, 40228, 40230 bzw. 95162, 95163, 95164 oder 95165 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 6.4) ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche oder jenseits des Radius von 10 km oder bei über 15 km.
- 6.7** Für die Berechnung der Wegepauschalen ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
- 6.8** Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
- 6.9** Neben der Leistung nach Nr. 05230 EBM können Wegepauschalen nach den Nrn. 40220, 40222, 40224, 40226, 40228 und 40230 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. Gleiches gilt für den dringenden Besuch mehrerer Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal nach Nr. 01415 EBM.

6.10 Wegepauschalen werden wie folgt vergütet:

Wegepauschalen für Besuche und Einzelvisiten

Abrechnungs-Nr.	€ - Pauschalen
40220 (bis 2 km Entfernung)	4,42
40222 (mehr als 2 km bis zu 5 km Entfernung)	8,82
40224 (mehr als 5 km Entfernung)	12,80
40226 (bis 2 km Entfernung nachts)	8,82
40228 (mehr als 2 km bis zu 5 km Entfernung nachts)	13,62
40230 (mehr als 5 km Entfernung nachts)	18,42

Wegepauschalen für Besuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes

Abrechnungs-Nr.	€ - Pauschalen
95162 (Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Tage zwischen 7:00 und 19:00 Uhr)	17,08
95163 (Bereich jenseits des Radius von 10 km bei Nacht zwischen 19:00 und 7:00 Uhr)	22,76
95164 Über 15 km Tag (auf Antrag)	25,00
95165 Über 15 km Nacht (auf Antrag)	30,00

Das abgerechnete €-Volumen wird im VDX Viewer, Konto 400, Kapitel 40, Abschnitt 5 ausgewiesen.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Gesamthäufigkeit der Nrn. 95162, 95163, 95164 und 95165 unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung annähernd unverändert bleibt. Die Vertragspartner werden dies quartalsweise beobachten und ggf. geeignete Maßnahmen ergreifen.

6.11 Örtliche Sonderregelungen für Nürnberg und München (vgl. Anlagen 2) zwischen den Vertragspartnern bleiben davon unberührt.

(7) Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwagen

Ab 01.01.2009 wird die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwagen auf der Grundlage des bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) vereinbart und ist nicht mehr Bestandteil gesamtvertraglicher Regelungen.

(8) Transportkosten

8.1 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

8.2 für Blutkonserven

Der Vertragsarzt bestätigt den Transport von Blutkonserven in seine Betriebsstätte mittels Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4). Die Kosten dieses Transports rechnet der Transportunternehmer nach örtlichen vertraglichen Regelungen direkt mit der örtlich zuständigen Direktion der AOK Bayern ab.

(9) Ambulantes Operieren

Ziel der Vertragspartner ist die Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Sektor bei gleichzeitiger Etablierung eines Qualitätssicherungssystems auf Basis einer standardisierten Dokumentation durch Arzt und Patient.

9.1 Zuschläge für Operationen mit noch hoher stationärer Fallzahl ab 01.04.2010

Die Zuschläge werden nur vergütet, wenn die Ärzte die Voraussetzungen gem. Anlage 2 des Honorarvertrages 2010 erfüllen.

OPS	GOP amb. Operation	Zuschlag amb. Op	GOP amb. Anästhesie	Zuschlag Anästhesie
50560	31242	45,78	31822	38,93
50563	31242	45,78	31822	38,93
52153	31232	49,34	31822	38,93
52211	31232	49,34	31822	38,93
52244	31235	101,46	31825	52,25
52850	31231	30,56	31821	30,01
54932	31173	48,26	31823	35,15

Vereinbarung zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
über Regionale Vereinbarungen zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen

55301	31154	62,96	31824	40,40
56244	31275	109,8	31825	52,25
56403	31102	44,52	31822	38,93
57764	31227	104,72	31827	64,49
58056	31135	115,37	31825	52,25
58057	31135	115,37	31825	52,25
58058	31135	120,08	31825	52,25
58125	31142	45,78	31822	38,93
58126	31143	67,93	31823	35,15
58133	31146	149,48	31826	66,86
58134	31146	149,48	31826	66,86
58139	31143	67,93	31823	35,15
58143	31145	111,89	31825	52,25
58144	31147	206,94	31827	64,49
58312	31135	115,37	31825	52,25
58326	31135	115,37	31825	52,25
58327	31137	115,21	31827	64,49
58329	31135	115,37	31825	52,25
58344	31136	171,52	31826	66,86
58711	31115	131,2	31825	52,25
58842	31116	111,9	31826	66,86
58971	31175	85,21	31825	52,25
505640	31242	45,78	31822	38,93
521470	31233	54,53	31823	35,15
521820	31235	101,46	31825	52,25
522463	31236	149,02	31826	66,86
538574	31205	87,01	31825	52,25
545460	31155	79,35	31825	52,25
553070	31155	79,35	31825	52,25
570701	31305	94,08	31825	52,25
578200	31132	60,29	31822	38,93
578210	31132	60,29	31822	38,93
578736	31132	60,29	31822	38,93
578818	31132	60,29	31822	38,93
579426	31135	115,37	31825	52,25
581020	31145	111,89	31825	52,25
581120	31142	45,78	31822	38,93
583580	31137	115,21	31827	64,49
583630	31136	171,52	31826	66,86
584271	31127	151,39	31827	64,49
584732	31134	77,85	31824	40,40
585911	31121	29,52	31821	30,01
585912	31121	29,52	31821	30,01
585918	31122	47,75	31822	74,47
591674	31102	44,52	31822	74,47

(siehe auch Protokollnotiz)

9.2 Elektronische Dokumentation ab 01.07.2010

Die Form der Elektronischen Dokumentation wird zwischen den Vertragspartnern noch vor dem 01.07.2010 verhandelt. Eine eventuelle Vergütung der Elektronischen Dokumentation ist bereits in den Zuschlägen nach 9.1 enthalten.

(10) Strahlentherapie ab 01.04.2010

10.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Qualität in der ambulant durchgeführten Strahlentherapie durch den Nachweis von Strukturqualitätskriterien.

10.2 Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistung 25321 des EBM Kapitels 25.

10.3 Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der Teilnahmeerklärung Arzt (siehe Anlage 2).
- b. **Strahlenschutz:** Nachweis eines positiven Audits der ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 innerhalb der letzten 730 Kalendertage ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung. Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten an denen strahlentherapeutische Leistungen erbracht werden, so muss der Nachweis über den Strahlenschutz für jede dieser Betriebsstätten erbracht werden.
- c. **Zertifiziertes Qualitätsmanagement:** Nachweis eines Qualitätsmanagements mit Zertifizierung der Praxis nicht älter als drei Jahre und eines Audits nicht älter als 365 Tage. Hierfür maßgeblich ist das Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung. Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten an denen strahlentherapeutische Leistungen erbracht werden, so muss der Nachweis über das zertifizierte Qualitätsmanagement für jede dieser Betriebsstätten erbracht werden. Es werden Zertifizierungen nach DIN EN ISO 9001:2000, KTQ, QEP, EFQM oder vergleichbaren Qualitätsmanagement - Systemen anerkannt.
- d. **Qualitätszirkel:** Nachweis der Teilnahme an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayrischen Strahlentherapeuten pro Praxis innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung.
- e. **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Bestätigung der wöchentlichen Teilnahme der

Praxis an interdisziplinären Tumorkonferenzen innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum der Teilnahmeerklärung. Die KVB ist berechtigt, stichprobenartig pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen anzufordern. Die Protokolle müssen folgende Daten enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.

10.4 Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a **Strahlenschutz:** Nachweis des positiven Audits der ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note zwei alle zwei Jahre zu erbringen. Die zweijährliche Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des nach diesen Vorschriften zuletzt gültigen Audits.
- b **Erneute Qualitätsmanagement-Zertifizierung:** Nachweis eines erneuten Audits spätestens 365 Tage nach dem letzten Qualitätsmanagement-Audit. Spätestens drei Jahre nach der letzten Qualitätsmanagement-Zertifizierung ist eine neue Zertifizierung nachzuweisen.
- c **Qualitätszirkel:** Nachweis der Teilnahme an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten pro Praxis spätestens 365 Tage nach dem letzten Nachweis.
- d **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Wöchentliche Teilnahme der Praxis an interdisziplinären Tumorkonferenzen. Die KVB ist berechtigt, pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen anzufordern. Die Protokolle müssen folgende Daten enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.
- e Bestimmungen nach Abschnitt II., Abs. (1) und (2)

10.5 Abrechnung und Vergütung

Für jede abgerechnete und anerkannte Leistung nach GOP 25321 EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 4 € vergütet. Eine gesonderte Abrechnung hierfür ist nicht erforderlich.

(11) Hygienenachweis flexible Endoskope ab 01.04.2010

11.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist es, die Hygiene flexibler Endoskope durch valide Nachweise sicherzustellen.

11.2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Chirurgie und Fachärzte für Urologie.

11.3. Teilnahmevoraussetzungen

Hygienenachweis: gültiger Hygienenachweis für flexible Endoskope gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie (§ 7) sowie den Prozessvorgaben der KVB einmal pro Kalenderhalbjahr.

11.4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a **Aufbereitung** der flexiblen Endoskope gemäß den Prozessvorgaben der KVB nach jeder Untersuchung.
- b **Hygieneprüfung:** Hygienenachweis für flexible Endoskope gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie (§ 7) sowie den Prozessvorgaben der KVB einmal pro Kalenderhalbjahr.
- c Bestimmungen nach Abschnitt II., Abs. (1) und (2)

11.5. Abrechnung und Vergütung

- a Für folgende abgerechnete und anerkannte Leistungen des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 3 € je Leistung vergütet:
 - GOP 13400 EBM (Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie)
 - GOP 13421 EBM (Zusatzpauschale Koloskopie)
 - GOP 13422 EBM (Koloskopie, Zusatzpauschale Teil-Koloskopie)
 - b Für folgende abgerechnete und anerkannte Leistungen des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 4 € je Leistung vergütet:
 - GOP 26310 EBM (Urethro(-zysto)skopie des Mannes)
 - GOP 26311 EBM (Urethro(-zysto)skopie der Frau)
 - GOP 13411 EBM (Einsetzen einer Ösophagusprothese)
 - GOP 13430 EBM (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik)
 - GOP 13431 EBM (Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie Zusatzpauschale)
 - GOP 13662 EBM (Bronchoskopie)
 - c Für folgende abgerechnete und anerkannte Leistungen des EBM wird ein Zuschlag in Höhe von 5 € je Leistung vergütet
 - GOP 13410 EBM (Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung)
 - GOP 08311 EBM (Urethro(-zysto)skopie)
- Vgl. Anlage 2 - Prozessvorgaben zur Hygieneprüfung

12 Sehstörungen im Kindesalter

12.1 Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Verbesserung der Behandlung von Sehstörungen im Kindesalter (Kinder bis einschließlich 6 Jahre), vor allem von Schielerkrankungen, durch die Förderung von orthoptischen Leistungen.

12.2 Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Augenheilkunde.

12.3. Teilnahmevoraussetzungen und –pflichten ab 01.07.2010

Die Ausgestaltung der Teilnahmeerklärung, des Fortbildungsangebotes sowie der Turnus des Fortbildungsnachweises werden zwischen den Vertragspartnern noch vor dem 01.07.2010 verhandelt.

- a** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b** Erbringung folgender Fortbildungsnachweise als Voraussetzung für die Zuschläge zu den GOP 06320 und GOP 06321:
 - Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Sehstörungen im Kindesalter oder
 - Teilnahme an einem Online Tutorial mit anschließender erfolgreicher Fachwissensprüfung auf dem KVB Fortbildungsportal Cura Campus (Die Inhalte werden gemeinsam mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. erarbeitet.)
- c** Kooperation des teilnehmenden Arztes mit einem oder mehreren Kinder- oder Hausärzten, welche die Augenuntersuchung im Rahmen der U7a Vorsorgeuntersuchung durchführen. Ein vom Kinder- oder Hausarzt als auffällig diagnostiziertes Kind erhält eine schnelle, fachlich hoch qualifizierte Weiterbehandlung. Die dafür benötigten Informationen werden beim behandelnden Kinder- oder Hausarzt eingeholt.

Um die Kooperation und Versorgung zu verbessern, wird die AOK Bayern den BVKJ über diese vertragsärztliche Regelung informieren. Dadurch wird gewährleistet, dass die weitere Behandlung von Sehstörungen im Kindesalter idealerweise durch an diesem Vertrag teilnehmende Augenärzte veranlasst wird.

12.4. Abrechnung und Vergütung ab 01.04.2010

- a Zuschlag von 15 Euro je abgerechneter und anerkannter Leistung nach GOP 06320 EBM.
- b Zuschlag von 13 Euro je abgerechneter und anerkannter Leistung nach GOP 06321 EBM für Patienten bis einschließlich 6 Jahre.

13. Psychotherapeutische Leistungen ab 01.04.2010

Ziel dieser psychotherapeutischer Versorgung von Patienten mit 63 Jahren und älter ist auch die Möglichkeit der Erhaltung der Selbständigkeit im bestehenden Umfeld. Diese Versorgung trägt damit auch zur Vermeidung von Heimaufenthalten bei.

13.1 Teilnehmende Praxen

An diesem Vertrag nehmen alle

- Psychologischen Psychotherapeuten mit VT (AG690),
- Psychologischen Psychotherapeuten ohne VT (AG700),
- ärztlichen Psychotherapeuten (AG500) und
- Psychiater (AG387)

teil.

13.2 Vergütung

Teilnehmer nach 13.1 erhalten für Patienten, die 63 Jahre oder älter sind, einmal im Quartal eine Mehraufwandspauschale für

- jeden genehmigungspflichtigen Fall 75,00 € oder
- jeden probatorischen Fall 10,00 €

zusätzlich zu den abgerechneten EBM-Leistungen (35150, 35200 bis 35225 EBM).

Die Zuschläge werden im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90 ausgewiesen.

II. Abrechnungsbestimmungen

(1) Teilnahmevoraussetzungen

1. Voraussetzung für die Anwendung dieser Vereinbarung auf den Vertragsarzt ist die Zulassung in dem jeweils angegebenen Fachgebiet bzw. die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVB. Die Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist erforderlich, wenn Leistungen nach Abschnitt I., Absatz 4 und Absatz 5 Ziffer 2 sowie Leistungen nach den Absätzen 9 bis 13 erbracht werden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzung der Regelung zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus der Regelung zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe des Absatz 2 die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken.
- verpflichtet sich der Arzt – sofern er an einer Qualitätsmaßnahme teilnimmt, die eine elektronische Dokumentation seiner Leistungen vorsieht – seine quartalsweise Abrechnung online einzureichen.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der jeweiligen Anlagen abzugeben.

2. Die Teilnahmeberechtigung kann auf Antrag der AOK Bayern durch die KVB entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus dieser Vereinbarung (Ziffer 1, Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach I verstößt.

Für die Absätze 9.2 bis 11 in Abschnitt I. wird die Teilnahmeerlaubnis mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen. Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

3. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet
 - mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - mit Beendigung der belegärztlichen Tätigkeit
 - mit Beendigung der Zulassung in jeweils angegeben Fachgebiet,
 - mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Ziffer 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Ziffer 1, Satz 2) verweigert.

4. Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern quartalsweise zur Verfügung gestellt wird.

(2) Praxisbegehung

1. Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB:
 - a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität
 - b) Unabhängig von a) möglich nach Abgabe der Erklärung gemäß Ziffer 1 (vgl. Protokollnotiz)
2. Der Termin der Begehung ist mit dem Arzt bzw. Krankenhaus abzustimmen. Dabei ist auf die betrieblichen Belange von Praxis und Krankenhaus Rücksicht zu nehmen und der Datenschutz zu wahren. Im Falle von Ziffer 1 a) wird die Praxisbegehung unverzüglich durchgeführt.

III. Sonstige Abrechnungsbestimmungen

1. Stationäre vertragsärztliche Versorgung

1.1. Grundsätze für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen

- a) 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.
 - b) Für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen gilt der EBM. 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 Bundespflegegesetzverordnung) des betreffenden Krankenhauses gehören.
 - einen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarzt zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium oder im Vertretungsfall hinzuzieht.
 - c) Die in dieser Vereinbarung genannten Abrechnungspositionen beziehen sich auf den EBM in der jeweils gültigen Fassung (vgl. Anlage 3).
 - d) Soweit für die ambulante Erbringung von Leistungen Qualifikationsanforderungen bestehen, gelten diese auch für die stationäre (belegärztliche) Tätigkeit.
- 1.2. Soweit Krankenhausträger Belegabteilungen vorhalten, gehen die Vertragspartner davon aus, dass die dazu erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger zu stellen ist. Wird diese erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger nicht vorgehalten, ist eine externe Leistungserbringung nicht abrechnungsfähig, soweit in den nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.
- 1.3. 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.

2. Besondere Bestimmungen für abrechnungsfähige Leistungen des Belegarztes

- 2.1. Die Vergütung der Leistungsziffern des EBM erfolgt gemäß der aktuell gültigen Bayerischen Euro Gebührenordnung (BEGO).

2.2 Die Bestimmungen der § 11, 25 und 41 Abs. 6 BMV-Ä gelten entsprechend.

2.3. Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke in demselben Krankenhaus aufgesucht, so ist die Leistung nach der Nr. 01414 EBM entsprechend mehrfach, die Wegepauschale dagegen nur einmal berechnungsfähig. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen.

Die Leistung nach der Nr. 01412 EBM bleibt davon unberührt und ist im Rahmen der zeitlichen Vorgaben der Leistungslegende abrechnungsfähig. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen, gültig ab 01.01.2010.

2.4 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.

3. Abrechnungsfähige Leistungen von Ärzten, die der Belegarzt hinzuzieht

3.1 Die Bestimmungen nach 1.2 dieser Vereinbarung gelten analog für den hinzugezogenen Vertragsarzt, soweit in nachfolgenden Bestimmungen nichts anderes geregelt ist.

3.2 Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach Nr. 2 dieses Vertrages vergütet.

3.3 Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (vgl. § 41) berechnen:

3.3.1 für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen

- die Leistung nach der Nr. 01414 EBM 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 EBM ggf. in Verbindung mit der Nr. 01100 EBM, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 EBM 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*.
- die Leistung nach der Nr. 01412 EBM und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale je Aufsuchen des Belegkrankenhauses. Die Leistung ist mit der

Nr. 01412A zu kennzeichnen. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen, gültig ab 01.01.2010.

3.3.2. für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen

- die Leistung nach der Nr. 05230 EBM für jeden Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.
- die Leistung nach der Nr. 05230 EBM in Verbindung mit der Nr. 01100 bzw. 01101 EBM, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM erfüllt sind und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale je Aufsuchen des Belegkrankenhauses. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen*.

3.3.3 bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 EBM (wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 EBM erfüllt sind), insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale nach 6.10 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

3.3.4 bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die dringende Visite nach Nr. 01412 EBM insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale nach Nr. 6.10 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen. Die dringende Visite ist mit der Nr. 01412A zu kennzeichnen. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen.

3.3.5 bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 EBM sowie nach den Kapiteln 2 (mit Ausnahme der Leistungen nach Abschnitt 2.5), 5 und Abschnitt 36.5.

* 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)

4. Anwendungsbestimmungen

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

5. 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.

6. Vertragsärztliche Verordnungen während eines stationären Krankenhausaufenthaltes

Verordnungen eines Vertragsarztes während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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 bzw. 01412 EBM sowie die entsprechende Wegepauschale abrechnen.

11. Kosten für Einmalartikel

Die Kosten für Einmalartikel, die u. a. i. Z. m. ambulanten Operationen anfallen, sind mit den Leistungen des EBM abgegolten, sofern nichts anderes vereinbart ist.

IV Teilnehmerverzeichnis

Die AOK Bayern erhält für jedes Abrechnungsquartal ein Verzeichnis der an den vertraglichen Regelungen nach den in Abschnitt I., Nrn. 9 bis 13 teilnehmenden Vertragsärzten.

V Finanzierung

Die Leistungen nach I werden, mit Ausnahme der Leistungen nach I, Absatz 5, Nr. 5.1 und Absatz 6, Nr. 6.11 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet.

VI Laufzeit

1. Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2009 in Kraft und endet zum 31. Dezember 2010.
2. Abweichend von Nr. 1 gelten die Regelungen nach Abschnitt I., Absätze 5.3 und 9 bis 13 unbefristet und können mit einer Frist von 3 Monaten gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2012.

München, den 21.04.2010

<p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>vorsitzender des Vorstandes</p>	<p>AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>_____</p>
--	--

Vereinbarung zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über Regionale Vereinbarungen zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen

Protokollnotiz zu I.:

Die Vertragspartner verständigen sich über weitere Projekte innerhalb der Vertragslaufzeit.

Protokollnotiz zu I. Absatz 5, Nr. 5.3

Die Vertragspartner streben an, den Punktwertzuschlag ab 01.07.2010 an eine gkv-übergreifende Abstufungsregelung analog der früheren Anlage C zu koppeln.

Die dadurch frei werdenden Gelder werden zur Anhebung des vereinbarten Punktwertzuschlags für stationär (belegärztlich) erbrachte und anerkannte Leistungen außerhalb des Kapitels 36 verwendet.

Protokollnotiz zu I., Absatz 9, Nr. 9.1

Die Vertragspartner analysieren rechtzeitig vor dem 31.03.2011 die Auswirkungen dieser Regelungen. Dazu stellt die AOK die stationären Daten und die KVB die entsprechenden ambulanten Daten jeweils in regionalisierter Form zur Verfügung.

Protokollnotiz zu II., Absatz 2:

Die KVB informiert die Vertragspartner über die Begehungen und deren Ergebnisse. Auf Wunsch können die Vertragspartner an den Praxisbegehungen teilnehmen.

Vereinbarung zwischen der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
über Regionale Vereinbarungen zur strukturellen und finanziellen Förderung ausgewählter Leistungen

Anlage 1

Örtliche Sonderregelungen für Nürnberg und München (vgl. Anlagen 2) zwischen den
Vertragspartnern bleiben davon unberührt



PRT71M8221_EXCH
\\NGE_07042010-1..

Anlage 2

Zusatzklärung für belegärztliche Geburten nach den Nr. 08411EBM

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.

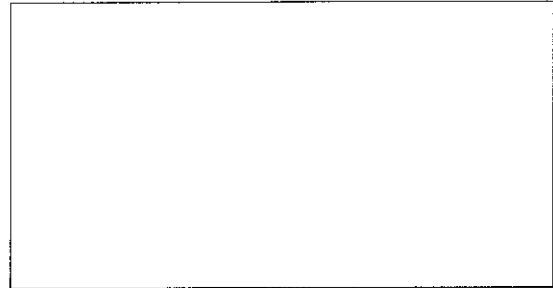
....., den

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 3

Teilnahmeerklärung an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Teilnahmeerklärung an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie

Name, Vorname des Teilnehmers: _____

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Email – Adresse: _____

- Ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassener Arzt
- Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt
- Ich bin angestellter Arzt* bei _____
(Name des anstellenden Arztes / des ärztlichen Leiters)
- Ich bin angestellter Arzt im MVZ* _____
(Name des ärztlichen Leiters/Geschäftsführers).

* Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder die Geschäftsführung.

Der Teilnehmer erbringt strahlentherapeutische Leistungen in folgender/en Betriebsstätte/n

1. _____
(vollständige Adresse)
soweit bereits vergeben **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2. _____
(vollständige Adresse)
soweit bereits vergeben **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

3. Weitere Betriebsstätte(n) bitte auf gesonderten Beiblatt mit Adresse und Betriebsstättennummer(n) aufführen.

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der **Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie**.

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme ausgeschlossen.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- a) ich für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, ein positives Strahlenschutz-Audit der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 und nicht älter als 730 Kalendertage (Stichtag: Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung) nachweisen kann.

Den Nachweis erbringe ich, indem ich die Bescheinigung über die erfolgreiche Absolvierung des Audits (inklusive Note) dieser Teilnahmeerklärung in Kopie beifüge.

- b) ich für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, ein Qualitätsmanagement (DIN ISO 9001:2000, KTQ, QEP oder EFQM oder vergleichbar) mit Zertifizierung nicht älter als 3 Jahre und ein Qualitätsmanagement - Audit nicht älter als 365 Kalendertage nachweisen kann (Stichtag: Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung).

Den Nachweis erbringe ich, indem ich die Zertifizierungsurkunde und die Bescheinigung über die erfolgreiche Absolvierung des Audits dieser Teilnahmeerklärung in Kopie beifüge.

- c) die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten teilgenommen hat.

Ich habe dieser Teilnahmeerklärung Bescheinigungen über die Teilnahme der Praxis an diesen Qualitätszirkeln beigelegt (vgl. auch Beiblatt zur Teilnahmeerklärung)

- d) die Praxis, in der niedergelassen oder angestellt bin, innerhalb der letzten 365 Kalendertage ab Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung wöchentlich an interdisziplinären Tumorkonferenzen teilgenommen hat.

Auf Nachfrage stelle ich der KVB pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen zur Verfügung, die folgende Informationen enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

- a) für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, alle 2 Jahre ein positives Strahlenschutz-Audit der Ärztlichen Stelle der Bayerischen Landesärztekammer mit einer Bewertung nicht schlechter als Note 2 nachzuweisen. Die zweijährige Nachweisfrist beginnt jeweils mit dem Ausstellungsdatum des zuletzt nach den Vorschriften dieser Qualitätsmaßnahme nachgewiesenen Audits.
- b) für alle Betriebsstätten, an denen ich strahlentherapeutische Leistungen erbringe, spätestens 365 Kalendertage nach dem letzten Qualitätsmanagement-Audit ein erneutes Audit und spätestens 3 Jahre nach der letzten Qualitätsmanagement-Zertifizierung eine erneute Zertifizierung nachzuweisen.
- c) sicherzustellen, dass die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten pro Kalenderjahr teilnimmt. Die

Bescheinigungen über die Teilnahme der Praxis an diesen Qualitätszirkeln reiche ich bei der KVB spätestens 365 nach dem letzten Nachweis ein.

- d) sicherzustellen, dass die Praxis, in der ich niedergelassen oder angestellt bin, wöchentlich an interdisziplinären Tumorkonferenzen teilnimmt. Auf Nachfrage stelle ich der KVB pseudonymisierte Protokolle dieser Sitzungen zur Verfügung, die folgende Informationen enthalten: Teilnehmer, Themen, Ort, Zeit, Ergebnisse der Fallberatung.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung eines Qualitätsbausteins bzw. bei nicht fristgerechter Einreichung der notwendigen Unterlagen widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme an dieser Qualitätsmaßnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung

Hiermit willige ich ein, dass

- a) eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Qualitätsmaßnahme durchgeführt werden kann.
- b) die KVB den an der Qualitätsmaßnahme teilnehmenden Kassen regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

6. Datenschutz

Hiermit gestatte ich, dass ich als Teilnehmer der Qualitätsmaßnahme Strahlentherapie namentlich

- a) mit Basis-Daten aus dem Arztregister (zu Praxisanschrift(en), Betriebsstätten, LANR/BSNR/NBSNR, Fachrichtung(en) und Schwerpunkt(en), Zusatzbezeichnungen (geführte), Weiterbildungen (gem. WBO), besondere Genehmigungen/Vertragsangeboten) sowie
- b) mit Zusatzdaten – sofern diese der KVB bekannt gegeben wurden – (zu Telefonnummern der Praxis(en), Faxnummern der Praxis(en), E-Mail-Adresse, Sprechzeiten, Fremdsprachen, Rollstuhlgerechte Praxis)

auf der Homepage der KVB (www.kvb.de)

auf den Homepages der teilnehmenden Krankenkassen

auf der Internetseite www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de

geführt werde (**Zutreffendes bitte ankreuzen**). Die Zustimmung zur Veröffentlichung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Hinweise:

- a) Das Gütesiegel "Ausgezeichnete Patientenversorgung" weist Sie gegenüber Patienten als Arzt aus, der in einem speziellen Leistungsbereich eine besonders hohe Qualität erbringt und dies entsprechend nachgewiesen hat. Um die Qualitätsaussage des Siegels dauerhaft zu erhalten und Sie als Teilnehmer für Patienten entsprechend zu positionieren, ist ein einheitlicher Umgang mit der Qualitätsmarke erforderlich. Aus diesem Grund verpflichten Sie sich als Teilnehmer an den Qualitätsmaßnahmen der "Ausgezeichneten Patientenversorgung", das Gütesiegel sowie alle weiteren Werbemittel der "Ausgezeichneten Patientenversorgung" wie Plakate und Flyer so einzusetzen, dass der klare Bezug zu der konkreten Qualitätsmaßnahme, an der Sie teilnehmen, gegeben ist. Weiterhin setzen Sie die Materialien nur solange ein, wie Sie an einer der Qualitätsmaßnahmen teilnehmen.

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

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei angestellten Ärzten: _____
Unterschrift anstellender Arzt / ärztlicher Leiter

Beiblatt zur Teilnahmeerklärung

Zum Nachweis der jährlichen Teilnahme der Praxis an mindestens 3 Qualitätszirkeln der bayerischen Strahlentherapeuten sowie zum Nachweis der wöchentlichen Teilnahme der Praxis an interdisziplinären Tumorkonferenzen, bringe ich – neben auf meinen Namen ausgestellten Bescheinigungen und Protokollen – Bescheinigungen und Protokolle ein, die auf den Namen meiner Praxispartner ausgestellt sind.

Hinweis:

Ergeben sich Änderungen der personellen Praxiskonstellation, teile ich dies der KVB durch erneute Einreichung dieses Formulars zeitnah mit.

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift/ Stempel Arzt/ Ärzte oder Vertretungs-
berechtigter MVZ

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 1

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 2

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 3

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 4

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Praxispartner 5