

Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

über

den Abschluss
eines 24. Nachtrages
zum

Gesamtvertrag
und seinen Anlagen

Gliederung:

1. Neufassung der Anlage A (**S. 3ff.**)
 - I. Für die Zeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 (**S. 3**)
 1. Kopfpauschale (**S. 3 ff.**)
 2. Erstattungen und Vergütungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung (**S. 5 ff.**)
 3. Fremdarztfälle (**S. 8**)
 4. Nachtragsfälle (**S. 8**)
 5. Verrechnung der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V (**S. 8**)
 - II. Feststellung, dass Gut-/Lastschriften aus sachlich-rechnerischer Prüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung etc. Kopfpauschale nicht verändert (**S. 8**)
 - III. Unterlagen (Daten), welche die Vertragspartner der Vereinbarung zugrundelegen (**S. 8 ff.**)
 - IV. Prüfung der Krankenhauseinweisungen (**S. 9**)

Protokollnotizen (zur Neufassung der Anlage A) (**S. 10**)

2. Änderung der Anlage B (**S. 11 ff.**)
3. Neufassung der Anlage C (**S. 15 ff.**)
4. Änderung der Anlage E (**S. 30**)
5. Änderung der Anlage H (**S. 30 ff.**)
6. Neufassung der Anlage L zum 01.07.2008 (**S.37 ff.**)
7. Ergänzung zur Anlage M ab 01.01.2008 (**S. 117 ff.**)
8. Weitergeltung der Anlagen B, D, E, F, H, J und M (**S. 119**)
9. Inkrafttreten (**S. 119**)

Anlage 1 zum 24. Nachtrag – Strukturvertrag (**S. 120 ff.**)

Anlage 2 zum 24. Nachtrag - Strukturvertrag ambulante Kataraktoperationen (**S. 142 ff.**)

Anlage 3 zum 24. Nachtrag - Vertrag über die Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie (**S. 146**)

Anlage 4 zum 24. Nachtrag - Regionale Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (**S 147 ff.**)

Anlage 5 zum 24. Nachtrag (**S 168 ff.**)

Anlage 6 zum 24. Nachtrag – Voraussetzungen für eine Vergütung der Leistungen nach Ziffer 33043 EBM (Sonographie Abdomen) nach Nr. 8.2.1.2 Satz 2 HVV und Nr. 8.3.6.6 Satz 2 HVV (**S. 170 ff.**)

Modellrechnung 1 (**S. 176 ff.**)

Modellrechnung 2 (**S. 179**)

1. Mit Wirkung ab 1. Januar 2008 erhält die Anlage A folgende Fassung:

I.

Für die Zeit vom **01. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008** wird die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach folgenden Grundsätzen berechnet:

1. Vergütung nach Kopfpauschalen

1.1 Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme der unter 2. genannten Erstattungen und Vergütungen nach Einzelleistungen wird nach Kopfpauschalen und Quartal entrichtet.

1.2 Die Kopfpauschalen werden getrennt nach Allgemeinversicherten und Versicherten der Rentnerkrankenversicherung ermittelt.

1.3 Ermittlung der Kopfpauschalen

1.3.1 Die in den Quartalen des Jahres 2007 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 bereinigt:

- Belegärztliche Leistungen (nur Quartal 1/08) gem. Bundesempfehlung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den EBM zum 01.04.2007
- amb. Operationen der Kat. 5 bis 7, die noch nicht in Anlage 1 enthalten sind, ab 2/2008
- Strahlentherapeutische Leistungen gem. Bundesempfehlung
- Um die in den Quartalen 3/2008 bis 4/2008 vereinbarten und abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 10343 und 10344 EBM
- DMP Asthma: Um die in den Quartalen 1/2008 bis 4/2008 gemäß Nummer 6, Ziffer 2.2 des 4. Nachtrages zur Anlage K – Vereinbarung über die Vergütung von Auftragsleistungen im Rahmen des DMP Asthma - vereinbarten und abgerechneten Leistungen
- DMP Brustkrebs: Um die in den Quartalen 1/2008 bis 4/2008 gemäß IV, A, Ziffer 1 der Anlage K in der Fassung vom 01.10.2006 – Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen – vereinbarten und abgerechneten Leistungen

1.3.2 Die in den Quartalen des Jahres 2007 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 erhöht für:

- DMP Asthma: Um die in den Quartalen 1/2007 bis 4/2007 gemäß I. Nr. 1.3.1 bereinigten Beträge
- DMP Brustkrebs: Um die in den Quartalen 1/2007 bis 4/2007 gemäß I. Nr. 1.3.1 bereinigten Beträge
- Anteil des Vergütungsvolumens der Nr. 86500 des jeweiligen Vorjahresquartals ab 2/2008 derjenigen Arztgruppen, für die in den EBM eine entsprechende Leistung aufgenommen wurde (vgl. 3. Zusatzvereinbarung zur Onkologievereinbarung)
- Vergütungsvolumen der Nr. 01610 EBM 2000 des jeweiligen Vorjahresquartals
- Leistungen nach der Nr. 01420, 01422 und 01424 EBM
- Leistungen nach der Nr. 30900 EBM (Polygraphie) ab 3/2008
- Internistische Leistungen nach den Nr. 33022, 33023 mit Ausnahme der Internisten mit Schwerpunkt „Kardiologie“ und nach den Nrn. 33070 bis 33075,

mit Ausnahme der Internisten mit Schwerpunkt „Angiologie/Endokrinologie“, gültig ab 3/2008

- Vergütungsvolumen der Leistungen gem. Anlage 4 § 3, Abs. 7 (Augenärztliche Leistungen), Abs. 9 (Psychiatrische Leistungen), Abs. 10 (Hörgeräteanpassung) und Abs.11, Nr.2 (Pathologie) des jeweiligen Vorjahresquartals, gültig ab 3/2008
- Sonderbedarfszulassung, Erstermächtigung und Belegarztzulassung (vgl. Protokollnotiz Nr. 7)

Die obigen Beträge werden quartalsweise den jeweiligen Honorarfonds gemäß HVV in der jeweils geltenden Fassung zugeführt.

1.3.3 Die nach Nrn. 1.3.1 und 1.3.2 ermittelten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden durch die jeweilige Zahl der Allgemeinversicherten bzw. Versicherten der Rentnerkrankenversicherung des jeweiligen Quartals 2007 geteilt und ergeben die bereinigten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008.

1.3.4 Die nach 1.3.3 ermittelten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 werden

- um 0,64 % (Steigerungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V) angehoben

1.4 Die für die Abrechnungsquartale des Jahres 2008 zu entrichtende Gesamtvergütung aus Kopfpauschalen wird auf der Basis der gemäß § 11 Abs. 2 Gesamtvertrag gemeldeten Mitgliederzahlen der AOK Bayern ermittelt.

1.5 Punktwerte für pauschalierte Leistungen

Die Punktwerte für Leistungen, die aus der Gesamtvergütung der AOK Bayern aus Kopfpauschalen vergütet werden, ergeben sich aus dem zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und der KVB vereinbarten Honorarverteilungsvertrag in der jeweils geltenden Fassung.

1.6 Anteil der Gesamtvergütung für bedarfsnotwendige Sonderbedarfszulassungen, Erstermächtigungen sowie Belegarztzulassungen nach § 103 Abs. 7 SGB V

Die in 1.8 des 21. Nachtrages zum Gesamtvertrag bzw. die in 1.7 unter I. und 1 a des 22. Nachtrages und unter I. dieses Nachtrages getroffene Regelung zur Sonderbedarfszulassung gilt unverändert weiter.

1.7 Anteil der Gesamtvergütung für Laborleistungen

Aus dem Betrag nach 1.4 stehen für Laborleistungen je Quartal die in den korrespondierenden Quartalen des Jahres 2008 bereit gestellten Beträge (VDX-Viewer, Konto 400, Kapitel 32) zur Verfügung. In Fortführung der Regelung in Nr. 1.5 Sätze 2 und 3 der Anlage A zum 18. Nachtrag werden diese Beträge jeweils um 10% vermindert und die Minderungsbeträge zu Gunsten aller Fachgruppen (außer Laborärzte) für übrige Leistungen verwendet.

Von dem nach Satz 2 verminderten Betrag steht ein prozentualer Anteil von 60 v.H. dem fachärztlichen Versorgungsbereich und ein prozentualer Anteil von 40 v.H. dem hausärztlichen Versorgungsbereich zur Verfügung.

1.8 Anteil der Gesamtvergütung für die Übrigen Leistungen

Für die Übrigen Leistungen steht die Gesamtvergütung nach 1.4 vermindert um die Beträge nach 1.6 und 1.7 zur Verfügung.
Bezüglich der Vergütung der Nr. 33042 EBM (Sono Abdomen) vgl. Anlage 6.

- 2. Erstattungen und Vergütungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung**
- 2.1 Von der AOK Bayern werden gemäß anderer vertraglicher Regelungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung erstattet bzw. vergütet:
- Dialysesachkosten (VDX-Viewer Konto 402 Kapitel 87)
 - Durchlaufende Posten (VDX-Viewer Verrechnungsbeträge zzgl. Gutschrift Praxisgebühr)
 - Pauschalen für Behandlungsplan und Teamgespräch in "Frühfördereinrichtungen und Tagesstätten" (VDX-Viewer Konto 400 Kapitel 90)
 - Leistungen gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (VDX-Viewer Konto 400 Kapitel 80)
 - Zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sachkosten (z. B. für ambulante Operationen (VDX-Viewer Konto 401), LDL-Apherese (VDX-Viewer Konto 402 Kapitel 87))
 - Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 40170 (belegärztlicher Bereitschaftsdienst) in Höhe von 2,56 € (Nr. 40170A) (VDX-Viewer Konto 463 Kapitel 40)
- 2.2 Von der AOK Bayern 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. 7)
 - Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.1 EBM (vgl. Anlage B II. Nr. 7)
 - Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach Abschnitt II. Nr. 1.7.2 (vgl. Anlage B II. Nr. 7)
- 2.2.2 Notarztwagenpauschale:
Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarztwageneinsatz erfolgt nach Anlage B II. Nr. 9.
- 2.2.3 Neben den GOP 01759 und 34274 EBM werden für die anfallenden Kosten eines Lagerungstisches für die Durchführung von Vakuumstanzbiopsien („Fischer Tisch“) 34 € zusätzlich vergütet (Abrechnungsnummer 97050) ab 01.07.2008.
- 2.2.4 Nr. 32828 EBM (Genotypische HIV-Resistenztestung) gem. Anlage B II. Nr. 11.
- 2.2.5 Vergütung der Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754, 40840 und 40841 EBM (Nuklidkosten) gemäß Bundesempfehlung zur Vergütung vertraglich vereinbarter Sachkostenpauschalen i. Z. m. der Einführung des EBM 2000plus.
- 2.3 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **5,08 Cent** vergütet:
- alle stationär (belegärztlich) erbrachten und anerkannten Leistungen; dies gilt auch für Leistungen aus Anlagen 1 und 4 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag (Vgl. Vereinbarung vom 03.07.2007 zur Umsetzung der Bundesempfehlung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen in den EBM zum 01.04.2007)
 - Leistungen der Schmerztherapie nach den Nummern. 30700 und 30702 EBM gemäß Bundesempfehlung bis 3/2008, (vgl. Protokollnotiz)
- 2.4 Leistungen der Polysomnographie gemäß Bundesempfehlung zur Einführung der Polysomnographie in den EBM 2000plus (Nr. 30901EBM) werden mit folgenden Punktwerten vergütet:

- Quartal 1/2008 und 2/2008: Mit einem Punktwert von **5,08 Cent**
 - Ab Quartal 3/2008:
 - Mit einem Punktwert von **3,90 Cent** bzw.
 - mit einem Punktwert von **5,08 Cent**, für eine Probe- und ggf. eine Titrationsnacht, unter den Voraussetzungen, dass klare klinische Hinweise auf eine schlafbezogene Atmungsstörung (ICD 10 G 47.3) sowie ein Respiratory Disturbance Index > 20/Stunde vorliegen (Stichprobenprüfung durch KVB).
- 2.5 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,85 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
 - Nr. 01621K (Ärztliche Bescheinigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Kinder- und Jugenderholung)
- 2.6 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,17 Cent** (derzeit vorgegebener gesetzlicher Mindestpunktwert) vergütet:
- Leistungen der zeitgebundenen, genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach Abschnitt IV Nr. 35.2 (Nrn 35200 bis 35225 EBM)
- soweit nicht nach Anlage 3 eine höhere Vergütung entrichtet wird.
- Sollte sich aufgrund eines Bewertungsausschussbeschlusses ein von Satz 1 abweichender Mindestpunktwert ergeben, werden die Vertragspartner über die Anwendung eine Regelung treffen, ohne dass es einer Änderung dieses Vertrages bedarf.
- 2.7 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **3,84 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. 1).
 - Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß Bundesempfehlung zu Leistungen der künstlichen Befruchtung gem. § 27a SGB V vom 21.05.2004 und 03.08.2007
 - Leistungen nach der Nrn. 13621 EBM (Immunapherese)
 - Leistungen der MRT – Angiographie
- 2.8 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,066 Cent** vergütet:
- ab 4/2008 Leistungen nach den Nummern 30700 und 30702 EBM (soweit in Anlage L nicht anderes bestimmt ist)
 - Leistung nach der Nr. 30704 EBM (soweit in Anlage L nicht anderes bestimmt ist)
 - Leistungen der Schmerztherapie nach den Nrn. 30706 und 30708 EBM
 - Leistungen der Phototherapeutischen Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734 und 31735 EBM
 - Leistungen nach den Nrn. 10343 und 10344 EBM ab Quartal 3/2008 (vgl. auch Bundesempfehlung)
 - Leistungen nach der Nrn. 01840, 01842, 01843, 01915, 01917 und 01918 EBM.(ab 2/2008, gem. Bundesempfehlung)

- 2.9 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **3,59 Cent** vergütet:
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Abschnitt B XI EBM
- 2.10 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **1,50 Cent** vergütet:
- Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272, 34273 und 34274 EBM, solange die Voraussetzungen nach Anlage 4 nicht vorliegen. Die Abrechnung von zusätzlichen Sachkosten bei Einsatz des „Fischer Tisches“ (Nr. 97050) ist ausgeschlossen.
- 2.11 Die Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM (Akupunktur) werden mit folgenden Punktwerten vergütet:
- Nr. 30790 EBM und die ersten 5 Behandlungen nach Nr. 30791 EBM mit **4,68Cent**;
ab Quartal 2/08 mit **4,70 Cent**.
 - 6. bis 10. Behandlung nach Nr. 30791 EBM mit **3,75 Cent**
 - 11. bis 15. Behandlung nach Nr. 30791 EBM mit **2,35 Cent**
- 2.12 Die Leistungen nach den Nrn. 25210 bis 25342 EBM (Strahlentherapie) werden mit folgenden Punktwerten vergütet:
- Zugelassene Praxen mit **4,00 Cent**
 - Ermächtigte Ärzte/Einrichtungen mit **2,30 Cent**
- 2.13 Von den Krankenkassen werden die Leistungen der Anlagen 1 bis 4 des 24. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit den darin vereinbarten Punktwerten vergütet.
- 2.14 Von den Krankenkassen werden für die Leistungen der Anlage 2 der Anlage 1 des 24. Nachtrags zum Gesamtvertrag folgende Sicherstellungszuschläge vergütet:

	Quartal 1/08	Ab Quar- tal 2/08
Nr. 1:1 Ausgewählte ambulante Operationen, Kat. 3-7, 8	1,40 Cent	1,40 Cent
Nr. 1.2 Ausgewählte ambulante Operationen, Kat. 1-2, 8	0,66 Cent	0,64 Cent
Nr. 1.3 Sonstige ambulante Operationen	0,66 Cent	0,64 Cent
Nr. 1.4 Ausgewählte ambulante Anästhesien	1,28 Cent	1,29 Cent
Ambulante Anästhesien (GOP 31821, 31822)	0,58 Cent	
Ambulante Anästhesien (GOP 31821, 31822)		0,59 Cent
Nr. 1.5 Postoperative Überwachung (GOP 31503-31507)	1,45 Cent	
Postoperative Überwachung (GOP 31504-31507)		1,45 Cent
Postoperative Überwachung (GOP31501, 31502)	0,68 Cent	
Postoperative Überwachung (GOP 31501- 31503)		0,64 Cent

3. Vergütung für Fremdarztfälle

Fremdarztfälle werden mit Ausnahme der unter 2. genannten Erstattungen und Vergütungen aus den Kopfpauschalbeträgen vergütet. Dies gilt auch für ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und für Fachambulanzen im Beitrittsgebiet.

4. Vergütung für Nachtragsfälle

Für Nachtragsfälle gelten die jeweiligen vertraglichen Regelungen des Leistungsquartals.

5. Verrechnung der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V mit der Gesamtvergütung

Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen sind aufgegliedert nach Krankenkassen und jeweils unterteilt in Mitglieder, Familienversicherte und Rentner einschließlich deren Familienversicherten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit der Quartalsabrechnung bekannt zu geben. Die Zuzahlungsbeiträge, die auf die einzelnen Krankenkassen entfallen, werden mit deren Gesamtvergütung je Quartal verrechnet und im Rechnungsbrief als durchlaufende Kosten ausgewiesen.

II.

Die Teile der Gesamtvergütung, die nach Kopfpauschale berechnet werden, verändern sich nicht durch Gut- bzw. Lastschriften aus der sachlich-rechnerischen Richtigstellung und aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise sowie durch sonstige Korrekturen der Abrechnung und Honorarneufestsetzungen (Rückforderungen), die die KVB gegenüber dem Kassenarzt vornimmt.

III.

1. Zur Beurteilung der Gesamtentwicklung beziehen sich die Gesamtvertragspartner u. a. auf folgende Unterlagen:
 - a) Arzneimittelkosten aufgrund der Verdichtung der Arzneikostenstatistik für Vertragsärzte arztbezogen gemäß § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB V
 - b) Verordnungskosten für Heilmittel
 - c) Zahl der Krankenhauseinweisungen durch Vertragsärzte
 - d) Übersichten über die Zahl der Krankenhauseinweisungen, aufgegliedert nach der Einweisungsart entsprechend § 39 Abs. 1 SGB V je Krankenkasse, je Kassenart und je Krankenhaus.
 - e) Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle.
2. Die KVB liefert nach Ablauf eines jeden Quartals bis zum Ende des vierten Folge-monats:
 - a) Zahl der abrechnenden Vertragsärzte

- b) Zahl der ambulanten und stationären Abrechnungsfälle je Kassenart und insgesamt getrennt nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern, einschließlich der Familienversicherten der Rentner
 - c) Zahl der abgerechneten Punkte bzw. Summe der €-Beträge nach Prüfung, aufgeteilt nach den einzelnen Leistungsgruppen je Krankenkasse, je Kassenart und insgesamt
 - d) Zahl der Behandlungsfälle, getrennt nach ambulant kurativen Fällen insgesamt, davon Original-, Auftrags-, konsiliarische Untersuchungs-, Mitbehandlungs-, Vertretungs- und Notfallfälle, stationäre kurative Fälle, davon Überweisungsfälle, ambulante Sonstige-Hilfe-Fälle, stationäre Sonstige-Hilfe-Fälle je Vertragsarzt
 - e) Kassenartenbezogene Häufigkeitsstatistik, getrennt nach ambulant und stationär.
3. Die KVB stellt eine Übersicht über die Entwicklung der Fallzahlen analog der Aufteilung nach 2. e), zusammengefasst für alle Krankenkassen auf Landesebene, zur Verfügung.
4. Den Werten des Abrechnungsquartals nach Nummern 2 und 3 sind die entsprechenden Werte des Vorjahresquartals gegenüberzustellen.

IV.

Die Krankenkasse prüft im Einzelfall, durch wen der Versicherte in das Krankenhaus eingewiesen worden ist. Sie verpflichtet sich, die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme besonders zu prüfen, wenn eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhauspflge nicht vorliegt. Ergeben sich aus der Auswertung der Krankenhauseinweisungen der Vertragsärzte Auffälligkeiten (z.B. Inanspruchnahme des Krankenhauses für differentialdiagnostische Abklärung oder Nichtaufnahme des Versicherten ins Krankenhaus trotz vorliegender Verordnung), sind diese der KVB-Bezirksstelle zur Abklärung zu übermitteln.

Protokollnotizen zu Anlage A:

Nr. 1

Die AOK Bayern stellt federführend für die Regionalkassen in Bayern der KVB ein Verzeichnis der zur Erbringung der Psychotherapie zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung.

Die AOK Bayern strebt im Zusammenhang mit der Zulassung von Psychotherapeuten die konkrete Zusammenarbeit mit Vertragsärzten an.

Nr. 2

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Vertragszeitraum weitere Qualitätssicherungsprojekte vereinbart werden können.

Nr. 3

Die Vertragspartner sind sich einig, die ambulante Glaskörperchirurgie strukturvertraglich zu regeln, sobald die Qualitätsstandards geregelt sind.

Nr. 4

Beschließt der Bewertungsausschuss für Leistungen, die nach diesem Vertrag mit festen Punktwerten vergütet werden, Änderungen der Bewertungen in Punkten, verhandeln die Vertragspartner umgehend über eine Punktwertanpassung.

Nr. 5

Über eine Berücksichtigung von Sonderbedarfszulassungen, Belegarztzulassungen und Erstermächtigung werden die Vertragspartner dann Gespräche aufnehmen, wenn kassenartenübergreifende Kriterien mit Folge für die vertragsärztliche Gesamtvergütung vorliegen.

Nr. 6

Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2008 analysieren die Vertragspartner die Auswirkungen der EBM-Änderung zum 01.01.2008 insbesondere für folgende Bereiche:

- Schmerztherapie
- Belegärztliche Leistungen
- Strahlentherapie
- Besuche in Pflegeeinrichtungen (01415 EBM)

Nach Vorliegen der Analyse prüfen die Vertragspartner, ob eine Anpassung der Vergütung zum 01.07.2008 notwendig ist.

2. Mit Wirkung ab 01. Januar 2008 wird die Anlage B wie folgt geändert:

1.1 In Anlage B I. erhalten die unter Ziffer 8. vereinbarten Pauschalen folgende Werte:

GOP	€ - Pauschalen
95162	17,08
95163	22,76

1.2 In Anlage B II. erhalten die unter Ziffer 7. vereinbarten Pauschalen folgende Werte:

EBM – Nr.	€ - Pauschalen	€ - Pauschalen ab 01.07.2008
Früherk. Kinder		
01707	9,89	
01708	11,17	
01711	12,03	
01712	29,44	
01713	29,44	
01714	29,44	
01715	29,44	
01716	29,44	
01717	29,44	
01718	29,44	
01719	29,44	
01720	33,96	
01721	18,91	
01722	16,12	
01723		35,00
Früherk. Erwachs.		
01730	17,50	
01731	13,81	
01732	30,00	
01733	7,12	
01734	2,37	
01735	9,93	
01740	9,93	
01741	186,66	
01741S	21,48	
01742	27,62	
01743	12,52	
01745		26,14
01746		20,74
MUVO		
01770	116,40	114,02
01770		ab 4/2008: 90,00
01772	41,49	40,64
01772		ab 4/2008: 32,00
01773	64,67	63,34
01774	85,90	84,14
01775	51,25	50,20
01780	37,83	37,05
01781	56,85	55,69
01782	79,07	77,45

01783	6,59	6,45
01784	6,84	6,70
01785	10,25	10,04
01786	12,69	12,43
01787	81,75	80,08
01790	19,77	19,36
01791	39,78	38,97
01792	162,76	159,43
01793	571,28	559,57
01800	4,88	4,78
01801	6,59	6,45
01802	10,50	10,28
01803	10,50	10,28
01804	9,03	8,84
01805	7,08	6,93
01806	4,40	4,31
01807	7,08	6,93
01808	14,89	14,58
01809	8,54	8,36
01810	5,85	5,73
01811	4,40	4,31
01812	nur in 01/2008 3,66	
01813	nur in 01/2008 10,74	
01815	14,65	14,35
01816	02/2008: 9,27	9,08
01817	02/2008: 9,27	9,08
01818	02/2008: 2,68	2,63

2.3 In Anlage B II. erhalten die unter Ziffer 8. vereinbarten Pauschalen folgende Werte:

EBM - Nr.	€ - Pauschalen
40190	14,95
40192	20,64
40240	7,10
40260	3,62
40220	4,42
40222	8,82
40224	12,80
40226	8,82
40228	13,62
40230	18,42
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.

2.4 In Anlage B II. erhalten die unter Ziffer 9. vereinbarten Pauschalen folgende Werte:

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 €

Neben diesen Pauschalen sind keine weiteren Leistungen nach dem EBM abrechnungsfähig.

Eine Abrechnung dieser Pauschalen zu Lasten der AOK Bayern ist nur bei bestehender Mitgliedschaft möglich. Im übrigen gelten die Regelung des BMV Ä.

2.5 Die Anlage B II wird um folgende Ziffer 12 ergänzt:

Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (Gesetz zur Hilfe bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vom 08.07.1997).

Die Vergütung eines Schwangerschaftsabbruches in besonderen Fällen erfolgt ausschließlich nach der zwischen den Krankenkassenverbänden in Bayern und dem Freistaat Bayern in der jeweils geltenden Fassung abgeschlossenen Verwaltungsvereinbarung. Mit der in dieser Verwaltungsvereinbarung geregelten Vergütung, sind alle ärztlichen Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches in besonderen Fällen abgegolten. Eine gleichzeitige Abrechnung folgender EBM-Leistungen ist ausgeschlossen:

GOP	Legende
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch die Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch die Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 im Zusammenhang mit der Durchführung des Schwangerschaftsabbruches
01770	Betreuungspauschale einer Schwangeren im Rahmen der Mutterchaftsvorsorge in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch

08211	frauenärztliche Grundpauschale
01901	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch
01902	Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch
01903	Präanästhesiologische Untersuchung
01904	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches
01905	Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches
01906	Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches
01910	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches
01911	Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches
01912	Kontrolluntersuchung nach einem Schwangerschaftsabbruch
01913	Narkose
05211	anästhesiologische Grundpauschale für Versicherte 6 – 59 Lj.
05230	Aufsuchen eines Patienten in der Praxis eines anderen Arztes zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches
05330	Anästhesie
05331	Zuschlag zur GOP 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und oder/oder Narkose je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit
05350	anästhesiologische Beobachtung und Betreuung einer Patienten nach einem operativen Eingriff bei Schwangerschaftsabbruch
32001	Laborvergütung
32030	orientierende Laboruntersuchung
32120	Bestimmung von mind. 2. Laborparameter

40120	Versandpauschale Briefe (im Zusammenhang mit dem Versand von Rechnungen nicht abrechenbar)
40122	Versandpauschale Briefe (im Zusammenhang mit dem Versand von Rechnungen nicht abrechenbar)
40124	Versandpauschale Briefe (im Zusammenhang mit dem Versand von Rechnungen nicht abrechenbar)
40126	Versandpauschale Briefe (im Zusammenhang mit dem Versand von Rechnungen nicht abrechenbar)
40156	Pauschalerstattung Mifepriston

Folgende EBM-Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches in besonderen Fällen erbracht werden, sind nach Auffassung der Vertragspartner als unwirtschaftlich anzusehen.

GOP	Legende
01822	Beratung/Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung
01900	Beratung über Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch
35100	Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

3. Mit Wirkung ab 1. Januar 2008 erhält Anlage C folgende Fassung:

Anlage C zum Gesamtvertrag

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 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.
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 32.3 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 EBM in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 EBM (wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM erfüllt sind) kann der Belegarzt 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 EBM 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 EBM 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 EBM für jeden Kranken mit 70% des Vergütungssatzes ggf. 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 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 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 entspre-

chende 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 EBM mit 70% des Vergütungssatzes, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101 EBM (wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM 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 und 01913 EBM sowie nach den Kapiteln 2 (mit Ausnahme der Leistungen nach Abschnitt 2.5), 5 und Abschnitt 36.5.

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 Pflegetag 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. Januar 2008 in Kraft. Die Änderungen in der Übersicht 1 treten mit Wirkung zum 1. Januar 2008 in Kraft. Die Änderungen für die GOP 01816 bis 01818, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918 treten zum 1. April 2008 und für die GOP 01222, 01601, 01723, 01745, 01746, 01772 bis 01775, 01790 bis 01793, 01826, 04511, 04514, 04518, 04520, 08570, 08573, 10343, 10344, 13430, 20350, 34503 zum 1. Juli 2008 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)

Übersicht 1; Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 1			Seite 2			Seite 3		
GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
01100		100	01715	nein		01810	nein	
01101		100	01716	nein		01811	nein	
01102		100	01717	nein		01815		100
01210	nein		01718	nein		01816		100
01211	nein		01719	nein		01817		100
01214	nein		01720	nein		01818	nein	
01215	nein		01721	nein		01820	nein	
01216	nein		01722	nein		01821		100
01217	nein		01723	nein		01822		100
01218	nein		01730	nein		01825	nein	
01219	nein		01731	nein		01826		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
01220		100	01732	nein		01827	nein	
01221		100	01733	nein		01828	nein	
01222		100 (bis 02/08) 70 (ab 03/08)	01734	nein		01829	nein	
01310	nein		01735	nein		01830		100
01311	nein		01740	nein		01831		60
01312	nein		01741	nein		01832		100
01410	nein		01742	nein		01835		100
01411	nein		01743	nein		01836		100
01412		100	01745	nein		01837		100
01413	nein		01746	nein		01838		100
01414		100	01750	nein		01839		60
01414A		70	01752	nein		01840		100
01415	nein		01753	nein		01842		100
01416	nein		01754	nein		01843	nein	
01420	nein		01755	nein		01850		100
01422	nein		01756	nein		01851		100
01424	nein		01757	nein		01852		100
01430	nein		01758	nein		01853		100
01435	nein		01759	nein		01854		100
01436	nein		01770	nein		01855		100
01440	nein		01772		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	01856		100
01510	nein		01773		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	01857		100
01511	nein		01774		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	01900		100
01512	nein		01775		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	01901		100
01520	nein		01780		100	01902		60
01521	nein		01781		100	01903		100
01530	nein		01782		100	01904		100
01531	nein		01783	nein		01905		100
01600	nein		01784		100	01906		100
01601		100 (bis 02/08, ab 03/08**)	01785		100	01910	nein	
01602	nein		01786		100	01911	nein	
01610	nein		01787		100	01912	nein	
01611		100	01790	nein (ab 03/08)	100 (bis 02/08)	01913		100
01612	nein		01791	nein (ab 03/08)	100 (bis 02/08)	01915		100
01620	nein		01792	nein (ab 03/08)	100 (bis 02/08)	01917		100
01621	nein		01793	nein (ab 03/08)	100 (bis 02/08)	01918	nein	
01622	nein		01800	nein		01950	nein	
01623	nein		01801	nein		01951	nein	
01700	nein		01802		100	01952	nein	
01701	nein		01803		100	02100		100
01707		100	01804		100	02101		100
01708		100	01805	nein		02110		100
01711		100	01806	nein		02111		100
01712		100	01807	nein		02112		100
01713	nein		01808		100	02120		100
01714	nein		01809		100	02200	nein	

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 2

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
02300		100
02301		100
02302		100
02310		100
02311		100
02312		100
02313		100
02320		100
02321		100
02322		100
02323		100
02330		100
02331		100
02340		100
02341		100
02342		100
02343		100
02350		100
02360		100
02400	nein	
02401		100
02500	nein	
02501	nein	
02510	nein	
02511	nein	
02512	nein	
02520		60
03110		100
03111		100
03112		100
03120		100
03121		100
03122		100
03130	nein	
03212	nein	
03235	nein	
03240		100
03241		60
03242	nein	
03321		60
03322		60
03324		60
03330		60
03331		100
03332		100
03335		60
04110		100
04111		100
04112		100
04120		100
04121		100
04122		100
04130	nein	
04212	nein	
04235	nein	
04241		60
04242		100
04243		100
04321		60
04322		60
04324		60
04330		60
04331		100

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
04332		100
04335		60
04410	nein	
04418		60
04419		60
04420		60
04430		100
04431		100
04433		100
04434		60
04435		60
04436		60
04437		60
04441	nein	
04442	nein	
04443	nein	
04511		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
04512		100
04513		100
04514		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
04515		100
04516		100
04517		60
04518		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
04520		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
04521		60
04530	nein	
04532	nein	
04534		60
04535		100
04536	nein	
04550	nein	
04551	nein	
04560	nein	
04561	nein	
04562	nein	
04564	nein	
04565	nein	
04566	nein	
04572	nein	
04573	nein	
04580		100
05210		100
05211		100
05212		100
05230		100
05310		100
05320		100
05330		100
05331		100
05340		100
05341		100
05350		100
05360		100
05361		100
05370		100
05371		100
05372		100
06210		100
06211		100
06212		100
06310		100
06312		100

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
06320		100
06321		100
06330		60
06331		60
06332		60
06333		100
06340		100
06341		100
06342		100
06343		100
06350		100
06351		100
06352		100
07210		100
07211		100
07212		100
07310	nein	
07311	nein	
07320	nein	
07330	nein	
07340	nein	
07345	nein	
08210		100
08211		100
08212		100
08230		100
08231		100
08310		60
08311		100
08320		100
08330		100
08331		100
08332		100
08333		100
08334		100
08340		100
08341		100
08345	nein	
08410		100
08411		100
08412		100
08413		100
08414		100
08415		100
08416		100
08510		100
08520		100
08521		100
08530		100
08531		100
08540		100
08541		100
08542	nein	
08550		100
08551		100
08552		100
08560		100
08561		100
08570		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)
08571		100
08572		100

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 3								
GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
08573		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	13212		100	13641		100
08574		60	13250		60	13642		100
09210		100	13251		60	13650	nein	
09211		100	13252		60	13651	nein	
09212		100	13253		60	13660		60
09310		100	13254		60	13661	nein	
09311		100	13255		60	13662		60
09312		100	13256	nein		13663		60
09313		100	13257		100	13664		60
09314		100	13258		100	13670		60
09315		100	13260		100	13675	nein	
09316		100	13290		100	13690		100
09317		100	13291		100	13691		100
09318		60	13292		100	13692		100
09320		60	13300	nein		13700	nein	
09321		60	13301		60	13701	nein	
09322	nein		13310		60	14210		100
09323		60	13311		60	14211		100
09324		60	13340		100	14220		100
09325		60	13341		100	14221		100
09326		100	13342		100	14222		100
09327		60	13350		100	14240	nein	
09330		100	13390		100	14310		100
09331		100	13391		100	14311		100
09332		100	13392		100	14312		100
09333		60	13400		60	14313	nein	
09335		60	13401		100	14314	nein	
09336		60	13402		100	14320		60
09340		60	13410		100	14321		60
09345	nein		13411		100	14330		60
09350		100	13412		100	14331		60
09351		100	13420		60	15210		100
09360		100	13421		60	15211		100
09361		100	13422		60	15212		100
09362		100	13423		60	15310		100
10210		100	13424		60	15311		100
10211		100	13430		100 (bis 02/08) 80 (ab 03/08)	15321		100
10212		100	13431		100	15322		100
10310		100	13435	nein		15323		100
10320		60	13490		100	15324		100
10322		60	13491		100	15345	nein	
10324		60	13492		100	16210		100
10330	nein		13500	nein		16211		100
10340		100	13501	nein		16212		100
10341		100	13502	nein		16230	nein	
10342		100	13540		100	16231	nein	
10343		80	13541		100	16232	nein	
10344		80	13542		100	16233	nein	
10345	nein		13545	nein		16310		60
11210		100	13550	nein		16311		60
11211		100	13551		60	16320		60
11212		100	13552		60	16321		60
11230		100	13560		60	16322		60
11231		100	13561		60	16340	nein	
11232		100	13590		100	16371	nein	
11310		60	13591		100	17210		100
11311		60	13592		100	17214		100
11312		60	13600	nein		17310		20
11320		60	13601	nein		17311		20
11321		60	13602	nein		17312		20
11322		60	13610	nein		17320		20
12210		100	13611	nein		17321		20
12220	nein		13612	nein		17330		20
12225	nein		13620	nein		17331		20
13210		100	13621	nein		17332		20
13211		100	13640		100	17333		20

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 4

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
17340		20	21211		100	26352		100
17341		20	21212		100	27210		100
17350		20	21216		100	27211		100
17351		20	21217	nein		27212		100
17360		20	21220		100	27310		100
17361		20	21221		100	27311		100
17362		20	21222		100	27320		60
17363		20	21230	nein		27321		60
17370		20	21231	nein		27322		60
17371		20	21232	nein		27323		60
17372		20	21233	nein		27324		60
17373		20	21310		60	27330		60
18210		100	21311		60	27331		60
18211		100	21320		60	27332		100
18212		100	21321		60	27333		100
18310	nein		21330		100	30110		100
18311	nein		21340	nein		30111		100
18320	nein		22210		100	30120		100
18330	nein		22211		100	30121		100
18331	nein		22212		100	30122		100
18340	nein		22220		100	30123		100
18700	nein		22221		100	30130		100
19210		100	22222		100	30200		100
19310		60	22230		100	30201		100
19311		60	23210		100	30300		100
19312		60	23211		100	30301	nein	
19313		60	23212		100	30400	nein	
19314		60	23214		100	30401	nein	
19320		60	23220		100	30402	nein	
19321		60	24210		100	30410	nein	
19322		60	24211		100	30411	nein	
19330		60	24212		100	30420	nein	
19331	nein		25210		100	30421	nein	
19332		60	25211		100	30430		60
20210		100	25213		100	30431		60
20211		100	25214		100	30500		60
20212		100	25310		33,3	30501		60
20310		100	25320		33,3	30600		100
20311		100	25321		33,3	30601		100
20312		100	25322		33,3	30610		100
20313		100	25323		33,3	30611		100
20314		60	25330		33,3	30700		100
20320		60	25331		33,3	30702	nein	
20321		100	25332		33,3	30704	nein	
20322	nein		25333		33,3	30706		100
20323		100	25340		33,3	30708		100
20324		60	25341		33,3	30710		60
20325		60	25342		33,3	30712		60
20326		100	26210		100	30720		60
20327		60	26211		100	30721		60
20330		60	26212		100	30722		60
20331		100	26310		100	30723		60
20332		100	26311		100	30724		60
20333		60	26312		100	30730		60
20334		100	26313		60	30731		60
20335		60	26315	nein		30740		60
20336		60	26320		100	30750		60
20340		60	26321		100	30751		60
20350		100 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	26322		100	30760		60
20351		60	26323		100	30790	nein	
20352		60	26324		100	30791	nein	
20353		60	26325		100	30800	nein	
20360		100	26330		60	30810	nein	
20361		100	26340		100	30811	nein	
20370		100	26341		100	30900		60
20371	nein		26350		100	30901		60
21210		100	26351		100	31010	nein	

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 5

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
31011	nein		31182	nein		31266	nein	
31012	nein		31183	nein		31267	nein	
31013	nein		31184	nein		31268	nein	
31101	nein		31185	nein		31271	nein	
31102	nein		31186	nein		31272	nein	
31103	nein		31187	nein		31273	nein	
31104	nein		31188	nein		31274	nein	
31105	nein		31191	nein		31275	nein	
31106	nein		31192	nein		31276	nein	
31107	nein		31193	nein		31277	nein	
31108	nein		31194	nein		31278	nein	
31111	nein		31195	nein		31281	nein	
31112	nein		31196	nein		31282	nein	
31113	nein		31197	nein		31283	nein	
31114	nein		31198	nein		31284	nein	
31115	nein		31201	nein		31285	nein	
31116	nein		31202	nein		31286	nein	
31117	nein		31203	nein		31287	nein	
31118	nein		31204	nein		31288	nein	
31121	nein		31205	nein		31291	nein	
31122	nein		31206	nein		31292	nein	
31123	nein		31207	nein		31293	nein	
31124	nein		31208	nein		31294	nein	
31125	nein		31211	nein		31295	nein	
31126	nein		31212	nein		31296	nein	
31127	nein		31213	nein		31297	nein	
31128	nein		31214	nein		31298	nein	
31131	nein		31215	nein		31301	nein	
31132	nein		31216	nein		31302	nein	
31133	nein		31217	nein		31303	nein	
31134	nein		31218	nein		31304	nein	
31135	nein		31221	nein		31305	nein	
31136	nein		31222	nein		31306	nein	
31137	nein		31223	nein		31307	nein	
31138	nein		31224	nein		31308	nein	
31141	nein		31225	nein		31311	nein	
31142	nein		31226	nein		31312	nein	
31143	nein		31227	nein		31313	nein	
31144	nein		31228	nein		31314	nein	
31145	nein		31231	nein		31315	nein	
31146	nein		31232	nein		31316	nein	
31147	nein		31233	nein		31317	nein	
31148	nein		31234	nein		31318	nein	
31151	nein		31235	nein		31321	nein	
31152	nein		31236	nein		31322	nein	
31153	nein		31237	nein		31323	nein	
31154	nein		31238	nein		31324	nein	
31155	nein		31241	nein		31325	nein	
31156	nein		31242	nein		31326	nein	
31157	nein		31243	nein		31327	nein	
31158	nein		31244	nein		31328	nein	
31161	nein		31245	nein		31331	nein	
31162	nein		31246	nein		31332	nein	
31163	nein		31247	nein		31333	nein	
31164	nein		31248	nein		31334	nein	
31165	nein		31251	nein		31335	nein	
31166	nein		31252	nein		31336	nein	
31167	nein		31253	nein		31337	nein	
31168	nein		31254	nein		31338	nein	
31171	nein		31255	nein		31341	nein	
31172	nein		31256	nein		31342	nein	
31173	nein		31257	nein		31343	nein	
31174	nein		31258	nein		31344	nein	
31175	nein		31261	nein		31345	nein	
31176	nein		31262	nein		31346	nein	
31177	nein		31263	nein		31347	nein	
31178	nein		31264	nein		31348	nein	
31181	nein		31265	nein		31350	nein	

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 6

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
31351	nein		31684	nein		32031	nein	
31362	nein		31685	nein		32032	nein	
31501	nein		31686	nein		32035	nein	
31502	nein		31687	nein		32036	nein	
31503	nein		31688	nein		32037	nein	
31504	nein		31689	nein		32038	nein	
31505	nein		31695	nein		32039	nein	
31506	nein		31696	nein		32040	nein	
31507	nein		31697	nein		32041	nein	
31600	nein		31698	nein		32042	nein	
31601	nein		31699	nein		32045	nein	
31602	nein		31700	nein		32046	nein	
31608	nein		31701	nein		32047	nein	
31609	nein		31702	nein		32050	nein	
31610	nein		31708	nein		32051	nein	
31611	nein		31709	nein		32052	nein	
31612	nein		31710	nein		32055	nein	
31613	nein		31711	nein		32056	nein	
31614	nein		31712	nein		32057	nein	
31615	nein		31713	nein		32058	nein	
31616	nein		31714	nein		32059	nein	
31617	nein		31715	nein		32060	nein	
31618	nein		31716	nein		32061	nein	
31619	nein		31717	nein		32062	nein	
31620	nein		31718	nein		32063	nein	
31621	nein		31719	nein		32064	nein	
31622	nein		31720	nein		32065	nein	
31623	nein		31721	nein		32066	nein	
31624	nein		31722	nein		32067	nein	
31625	nein		31723	nein		32068	nein	
31626	nein		31724	nein		32069	nein	
31627	nein		31725	nein		32070	nein	
31628	nein		31726	nein		32071	nein	
31629	nein		31727	nein		32072	nein	
31630	nein		31728	nein		32073	nein	
31631	nein		31729	nein		32074	nein	
31632	nein		31730	nein		32075	nein	
31633	nein		31731	nein		32076	nein	
31634	nein		31734	nein		32077	nein	
31635	nein		31735	nein		32078	nein	
31636	nein		31800	nein		32079	nein	
31637	nein		31801	nein		32081	nein	
31643	nein		31820	nein		32082	nein	
31644	nein		31821	nein		32083	nein	
31645	nein		31822	nein		32084	nein	
31646	nein		31823	nein		32085	nein	
31647	nein		31824	nein		32086	nein	
31648	nein		31825	nein		32087	nein	
31649	nein		31826	nein		32089	nein	
31650	nein		31827	nein		32092	nein	
31656	nein		31828	nein		32094	nein	
31657	nein		31830	nein		32097	nein	
31658	nein		31831	nein		32101	nein	
31659	nein		31900		100	32103	nein	
31660	nein		31910		100	32104	nein	
31661	nein		31912		100	32105	nein	
31662	nein		31914		100	32106	nein	
31663	nein		31920		100	32107	nein	
31669	nein		31930		100	32110	nein	
31670	nein		31932		100	32111	nein	
31671	nein		31941		100	32112	nein	
31672	nein		31942		100	32113	nein	
31673	nein		31943		100	32114	nein	
31674	nein		31944		100	32115	nein	
31675	nein		31945		100	32116	nein	
31676	nein		31946		100	32117	nein	
31682	nein		32001	nein		32120	nein	
31683	nein		32030	nein		32121	nein	

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 7

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
32122	nein		32211	nein		32302	nein	
32123	nein		32212	nein		32303	nein	
32124	nein		32213	nein		32304	nein	
32125	nein		32214	nein		32305	nein	
32128	nein		32215	nein		32306	nein	
32130	nein		32216	nein		32307	nein	
32131	nein		32217	nein		32308	nein	
32132	nein		32218	nein		32309	nein	
32133	nein		32219	nein		32310	nein	
32134	nein		32220	nein		32311	nein	
32135	nein		32221	nein		32312	nein	
32136	nein		32222	nein		32313	nein	
32137	nein		32223	nein		32314	nein	
32140	nein		32224	nein		32315	nein	
32141	nein		32225	nein		32316	nein	
32142	nein		32226	nein		32317	nein	
32143	nein		32227	nein		32318	nein	
32144	nein		32228	nein		32320	nein	
32145	nein		32230	nein		32321	nein	
32146	nein		32231	nein		32323	nein	
32147	nein		32232	nein		32324	nein	
32148	nein		32233	nein		32325	nein	
32149	nein		32234	nein		32330	nein	
32150	nein		32235	nein		32331	nein	
32151	nein		32236	nein		32332	nein	
32152	nein		32237	nein		32333	nein	
32153	nein		32238	nein		32334	nein	
32155	nein		32240	nein		32335	nein	
32156	nein		32242	nein		32336	nein	
32157	nein		32243	nein		32337	nein	
32158	nein		32244	nein		32340	nein	
32159	nein		32245	nein		32341	nein	
32160	nein		32246	nein		32342	nein	
32161	nein		32247	nein		32343	nein	
32163	nein		32248	nein		32344	nein	
32164	nein		32250	nein		32345	nein	
32165	nein		32251	nein		32346	nein	
32166	nein		32252	nein		32350	nein	
32167	nein		32253	nein		32351	nein	
32168	nein		32254	nein		32352	nein	
32169	nein		32257	nein		32353	nein	
32170	nein		32258	nein		32354	nein	
32172	nein		32259	nein		32355	nein	
32175	nein		32260	nein		32356	nein	
32176	nein		32261	nein		32357	nein	
32177	nein		32262	nein		32358	nein	
32178	nein		32265	nein		32359	nein	
32179	nein		32267	nein		32360	nein	
32180	nein		32268	nein		32361	nein	
32181	nein		32269	nein		32365	nein	
32182	nein		32270	nein		32366	nein	
32185	nein		32271	nein		32367	nein	
32186	nein		32272	nein		32368	nein	
32187	nein		32273	nein		32369	nein	
32190	nein		32274	nein		32370	nein	
32192	nein		32277	nein		32371	nein	
32193	nein		32278	nein		32372	nein	
32194	nein		32279	nein		32373	nein	
32195	nein		32280	nein		32374	nein	
32196	nein		32281	nein		32375	nein	
32197	nein		32283	nein		32376	nein	
32198	nein		32290	nein		32377	nein	
32203	nein		32291	nein		32378	nein	
32205	nein		32292	nein		32379	nein	
32206	nein		32293	nein		32380	nein	
32207	nein		32294	nein		32381	nein	
32208	nein		32300	nein		32385	nein	
32210	nein		32301	nein		32386	nein	

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
32387	nein		32475	nein		32573	nein	
32388	nein		32476	nein		32574	nein	
32389	nein		32477	nein		32575	nein	
32390	nein		32478	nein		32576	nein	
32391	nein		32479	nein		32585	nein	
32392	nein		32489	nein		32586	nein	
32393	nein		32490	nein		32587	nein	
32394	nein		32491	nein		32588	nein	
32395	nein		32492	nein		32589	nein	
32396	nein		32493	nein		32590	nein	
32397	nein		32494	nein		32591	nein	
32398	nein		32495	nein		32592	nein	
32400	nein		32496	nein		32593	nein	
32401	nein		32497	nein		32594	nein	
32402	nein		32498	nein		32595	nein	
32403	nein		32499	nein		32596	nein	
32404	nein		32500	nein		32597	nein	
32405	nein		32501	nein		32598	nein	
32410	nein		32502	nein		32599	nein	
32411	nein		32503	nein		32600	nein	
32412	nein		32504	nein		32601	nein	
32413	nein		32505	nein		32602	nein	
32414	nein		32506	nein		32603	nein	
32415	nein		32507	nein		32604	nein	
32416	nein		32508	nein		32605	nein	
32420	nein		32509	nein		32606	nein	
32421	nein		32510	nein		32607	nein	
32422	nein		32520	nein		32608	nein	
32426	nein		32521	nein		32609	nein	
32427	nein		32522	nein		32610	nein	
32428	nein		32523	nein		32611	nein	
32429	nein		32524	nein		32612	nein	
32430	nein		32525	nein		32613	nein	
32435	nein		32526	nein		32614	nein	
32437	nein		32527	nein		32615	nein	
32438	nein		32528	nein		32616	nein	
32439	nein		32529	nein		32617	nein	
32440	nein		32530	nein		32618	nein	
32441	nein		32531	nein		32619	nein	
32442	nein		32532	nein		32620	nein	
32443	nein		32533	nein		32621	nein	
32444	nein		32540	nein		32622	nein	
32445	nein		32541	nein		32623	nein	
32446	nein		32542	nein		32624	nein	
32447	nein		32543	nein		32625	nein	
32448	nein		32544	nein		32626	nein	
32449	nein		32545	nein		32627	nein	
32450	nein		32546	nein		32628	nein	
32451	nein		32550	nein		32629	nein	
32452	nein		32551	nein		32630	nein	
32453	nein		32552	nein		32631	nein	
32454	nein		32553	nein		32632	nein	
32455	nein		32554	nein		32633	nein	
32456	nein		32555	nein		32634	nein	
32460	nein		32556	nein		32635	nein	
32461	nein		32560	nein		32636	nein	
32462	nein		32561	nein		32637	nein	
32463	nein		32562	nein		32638	nein	
32465	nein		32563	nein		32639	nein	
32466	nein		32564	nein		32640	nein	
32467	nein		32565	nein		32641	nein	
32468	nein		32566	nein		32642	nein	
32469	nein		32567	nein		32660	nein	
32470	nein		32568	nein		32661	nein	
32471	nein		32569	nein		32662	nein	
32472	nein		32570	nein		32663	nein	
32473	nein		32571	nein		32664	nein	
32474	nein		32572	nein		32680	nein	

Übersicht 1: Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 9

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
32681	nein		32827	nein		34233		60
32682	nein		32828	nein		34234		60
32685	nein		32829	nein		34235		60
32686	nein		32830	nein		34236		60
32687	nein		32831	nein		34237		60
32688	nein		32832	nein		34238		60
32689	nein		32833	nein		34240		60
32690	nein		32834	nein		34241		60
32691	nein		32835	nein		34242		60
32700	nein		32836	nein		34243		60
32702	nein		32837	nein		34244		60
32703	nein		32838	nein		34245		60
32704	nein		32839	nein		34246		60
32705	nein		32841	nein		34247		60
32706	nein		32842	nein		34248		60
32707	nein		32843	nein		34250		60
32708	nein		32844	nein		34251		60
32720	nein		32859	nein		34252		60
32721	nein		32860	nein		34255		60
32722	nein		32861	nein		34256		60
32723	nein		32863	nein		34257		60
32724	nein		33000		60	34260		60
32725	nein		33001		60	34270		60
32726	nein		33002		60	34271		60
32727	nein		33010		60	34272		60
32740	nein		33011		60	34273		60
32741	nein		33012		60	34274		60
32742	nein		33020		60	34280		60
32743	nein		33021		60	34281		60
32744	nein		33022		60	34282		60
32745	nein		33023		60	34283		60
32746	nein		33030		60	34284		60
32747	nein		33031		60	34285		60
32748	nein		33040		60	34286		60
32749	nein		33041		60	34287		60
32750	nein		33042		60	34290		60
32760	nein		33043		60	34291		60
32761	nein		33044		60	34292		60
32762	nein		33050		60	34293		60
32763	nein		33051		60	34294		60
32764	nein		33052		60	34295		60
32765	nein		33060		60	34296		60
32766	nein		33061		60	34297		60
32767	nein		33062		60	34310		20
32768	nein		33063		60	34311		20
32769	nein		33064		60	34312		20
32770	nein		33070		60	34320		20
32780	nein		33071		60	34321		20
32781	nein		33072		60	34322		20
32782	nein		33073		60	34330		20
32783	nein		33074		60	34340		20
32784	nein		33075		60	34341		20
32785	nein		33076		60	34342		20
32786	nein		33080		60	34343		20
32787	nein		33081		60	34344		20
32788	nein		33090		60	34345		20
32789	nein		33091		60	34350		20
32790	nein		33092		60	34351		20
32791	nein		34210		60	34360		20
32792	nein		34211		60	34410		20
32793	nein		34212		60	34411		20
32794	nein		34220		60	34420		20
32795	nein		34221		60	34421		20
32820	nein		34222		60	34422		20
32823	nein		34223		60	34430		20
32824	nein		34230		60	34431		20
32825	nein		34231		60	34440		20
32826	nein		34232		60	34441		20

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 10

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
34442		20	36127		100	36222		100
34450		20	36128		100	36223		100
34451		20	36131		100	36224		100
34452		20	36132		100	36225		100
34460		20	36133		100	36226		100
34470		20	36134		100	36227		100
34475		20	36135		100	36228		100
34480		20	36136		100	36231		100
34485		20	36137		100	36232		100
34486		20	36138		100	36233		100
34489		20	36141		100	36234		100
34490		20	36142		100	36235		100
34492		20	36143		100	36236		100
34500		60	36144		100	36237		100
34501		60	36145		100	36238		100
34502		20	36146		100	36241		100
34503		20 (bis 02/08) 60 (ab 03/08)	36147		100	36242		100
34600		60	36148		100	36243		100
35100	nein		36151		100	36244		100
35110	nein		36152		100	36245		100
35111	nein		36153		100	36246		100
35112	nein		36154		100	36247		100
35113	nein		36155		100	36248		100
35120	nein		36156		100	36251		100
35130	nein		36157		100	36252		100
35131	nein		36158		100	36253		100
35140	nein		36161		100	36254		100
35141	nein		36162		100	36255		100
35142	nein		36163		100	36256		100
35150	nein		36164		100	36257		100
35200	nein		36165		100	36258		100
35201	nein		36166		100	36261		100
35202	nein		36167		100	36262		100
35203	nein		36168		100	36263		100
35210	nein		36171		100	36264		100
35211	nein		36172		100	36265		100
35220	nein		36173		100	36266		100
35221	nein		36174		100	36267		100
35222	nein		36175		100	36268		100
35223	nein		36176		100	36271		100
35224	nein		36177		100	36272		100
35225	nein		36178		100	36273		100
35300	nein		36191		100	36274		100
35301	nein		36192		100	36275		100
35302	nein		36193		100	36276		100
36101		100	36194		100	36277		100
36102		100	36195		100	36278		100
36103		100	36196		100	36281		100
36104		100	36197		100	36282		100
36105		100	36198		100	36283		100
36106		100	36201		100	36284		100
36107		100	36202		100	36285		100
36108		100	36203		100	36286		100
36111		100	36204		100	36287		100
36112		100	36205		100	36288		100
36113		100	36206		100	36291		100
36114		100	36207		100	36292		100
36115		100	36208		100	36293		100
36116		100	36211		100	36294		100
36117		100	36212		100	36295		100
36118		100	36213		100	36296		100
36121		100	36214		100	36297		100
36122		100	36215		100	36298		100
36123		100	36216		100	36301		100
36124		100	36217		100	36302		100
36125		100	36218		100	36303		100
36126		100	36221		100	36304		100

Übersicht 1, Stand 01.01.2008 mit Änderungen zum 01.04.2008 bzw. 01.07.2008

Seite 11

GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %	GOP	abrechnungsfähig	Vergütung in %
36305		100	36884		100	40752	nein	
36306		100	40100	nein		40754	nein	
36307		100	40104		100	40800	nein	
36308		100	40106		100	40801	nein	
36311		100	40120		100	40802	nein	
36312		100	40122		100	40803	nein	
36313		100	40124		100	40804	nein	
36314		100	40126		100	40805	nein	
36315		100	40142	nein		40806	nein	
36316		100	40144		100	40807	nein	
36317		100	40150	nein		40808	nein	
36318		100	40152	nein		40810	nein	
36321		100	40154	nein		40811	nein	
36322		100	40156	nein		40812	nein	
36323		100	40160	nein		40813	nein	
36324		100	40240	nein		40820	nein	
36325		100	40260	nein		40821	nein	
36326		100	40300	nein		40822	nein	
36327		100	40302	nein		40840	nein	
36328		100	40304	nein		40841	nein	
36331		100	40454	nein		40850	nein	
36332		100	40455	nein		40852	nein	
36333		100	40500	nein		40854	nein	
36334		100	40502	nein		40855	nein	
36335		100	40504	nein				
36336		100	40506	nein				
36337		100	40508	nein				
36338		100	40510	nein				
36341		100	40512	nein				
36342		100	40514	nein				
36343		100	40516	nein				
36344		100	40518	nein				
36345		100	40520	nein				
36346		100	40522	nein				
36347		100	40524	nein				
36348		100	40526	nein				
36350		100	40528	nein				
36351		100	40530	nein				
36358		100	40532	nein				
36501		100	40534	nein				
36502		100	40536	nein				
36503		100	40538	nein				
36504		100	40540	nein				
36505		100	40542	nein				
36506		100	40544	nein				
36507		100	40546	nein				
36800		100	40548	nein				
36801		100	40550	nein				
36820		100	40552	nein				
36821		100	40554	nein				
36822		100	40556	nein				
36823		100	40558	nein				
36824		100	40560	nein				
36825		100	40562	nein				
36826		100	40564	nein				
36827		100	40566	nein				
36828		100	40568	nein				
36830		100	40570	nein				
36831		100	40574	nein				
36861		100	40576	nein				
36867		100	40578	nein				
36881		100	40580	nein				
36882		100	40680	nein				
36883		100	40750	nein				

* für hinzugezogene Ärzte 01414A (70%)

**zu GOP 01601: 100% wenn keine VP/GP/KP im Quartal abgerechnet

Leistungen mit weniger als 120 Punkten sind nicht vergütungsfähig. 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.

Soweit Leistungen nach dem Abschnitt 32.3 und entsprechende Leistungen des Abschnitt 1.7 vom Belegarzt in seiner Praxis erbracht werden, werden diese zu 100 % vergütet.

Mit Wirkung ab 01. April 2008 erhält Abschnitt I. Nr. 5 folgende Fassung:

„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. Ausnahmen davon regelt II.2.“

Mit Wirkung ab 01. April 2008 erhält Abschnitt III. Nr. 3.4 folgende Fassung:

„3.4 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.“

4. Mit Wirkung ab 01. Januar 2008 gilt für Anlage E folgendes:

Die Anlage E (Sammelerklärung) gilt in der jeweils von den Vertragspartnern abgestimmten Version. Auf einen Abdruck an dieser Stelle wird verzichtet.

5. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2008 wird Anlage H wie folgt geändert :

„Anlage H

zu § 6 Abs. 1 Gesamtvertrag

Muster 1 für Pauschalvergütung

VEREINBARUNG

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

und

dem Krankenhaus

über die

Vergütung von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen in Krankenhäusern

im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der Vereinigten IKK und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern sowie dem VdAK/AEV Landesvertretung Bayern

Zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts
- vertreten durch ihren Vorstand -**

und

**dem Krankenhaus* ...
- vertreten durch den ...-
(im folgenden Krankenhaus genannt)**

wird im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der Vereinigten IKK und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern sowie dem VdAK/AEV Landesvertretung Bayern folgende Vereinbarung über die ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen geschlossen:

1. Abrechnungsfähig als ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung ist nur die Erstversorgung durch Ärzte des Krankenhauses. Der Patient ist zur ambulanten

Weiterbehandlung an den zuständigen Vertragsarzt zu verweisen. Der Name des Vertragsarztes ist auf dem Abrechnungsschein für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19) zu vermerken. Eine Durchschrift des Abrechnungsscheines ist dem Vertragsarzt zuzuleiten.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlung die erforderlichen Bescheinigungen auszustellen bzw. Mitteilungen an den behandelnden Vertragsarzt weiterzugeben und die erforderlichen Auskünfte an die Krankenkassen zu erteilen.

2. Wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Krankheit/Verletzung im zeitlichen Zusammenhang in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, sind Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig.
3. Soweit es sich bei der mehrmaligen ambulanten Inanspruchnahme durch denselben Patienten im selben Quartal um unterschiedliche Erkrankungen bzw. Verletzungen handelt, ist für jede Erstversorgung dieser Erkrankung bzw. Verletzungen der Pauschalbetrag je einmal abrechenbar.

Wird das Krankenhaus vom selben Patienten im selben Quartal für dieselbe Erkrankung bzw. Verletzung mehrmals in Anspruch genommen, ist für alle Inanspruchnahmen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Tagen (z. B. Freitag/Samstag/Sonntag) der Pauschalbetrag nur einmal abrechenbar.

4. Für die Vergütung und Prüfung der Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen gelten die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen. Verwaltungskosten sind nach Maßgabe der für die Vertragsärzte geltenden Bestimmungen in der jeweils für Vertragsärzte vorgeschriebenen Höhe aus der Bereitschaftsdienst-Pauschale zu entrichten.
5. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vergütet für die gesamte Bereitschaftsdienst-Behandlung an das Krankenhaus eine Bereitschaftsdienst-Pauschale in Höhe von

- EURO als Vergütung für die ärztlichen Leistungen und

- EURO als Pauschale für das bei der Behandlung verbrauchte Material einschließlich aller Medikamente.

Im Rahmen der ambulanten Erstversorgung durch das Krankenhaus erhalten Bereitschaftsdienst-Patienten erforderlichenfalls eine bedarfsgerechte Arzneimittelmenge aus den Beständen des Krankenhauses ausgehändigt (Überbrückungsmedikation). Die Mitgabe soll die Packungsgröße N1 nicht übersteigen. Die Arzneimittelkosten sind bereits in der vorgenannten Pauschale enthalten.

6. Daneben werden dem Krankenhaus folgende Materialien in Höhe der tatsächlich entstandenen Bezugskosten gesondert erstattet:
 - FSME-Immunglobuline
 - Röntgenkontrastmittel
 - Hilfsmittel (Halskrausen, Gehstützen, u.ä.)

Die dem Krankenhaus entstandenen tatsächlichen Bezugskosten sind auf dem Behandlungsausweis als EURO-Betrag mit vorgestelltem Buchstaben „E“ für FSME-Immunglobuline, „I“ für Röntgenkontrastmittel und „Q“ für Hilfsmittel abzurechnen. Dies gilt nicht für ausgeliehene Hilfsmittel.

7. Die im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten ärztlichen Leistungen werden zusammen mit der nach Nr. 5 vereinbarten Sprechstundenbedarfspauschale sowie der nach Nr. 6 angefallenen Materialien vierteljährlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, unter Verwendung des vollständig ausgefüllten Abrechnungsscheines für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19), abgerechnet.

Die Angabe der einzelnen Gebührenordnungsnummern der Gebührenordnungen BMÄ bzw. E-GO auf dem Abrechnungsschein ist nicht erforderlich.

8. Das Krankenhaus ist verpflichtet, wesentliche Veränderungen der am Krankenhaus zur Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitzuteilen.
9. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn
 - das Krankenhaus gegen Bestimmungen dieser Vereinbarung verstößt,
 - sonstige dringende sachliche Gründe die Kündigung erfordern.
10. Die Vereinbarung gilt mit Wirkung vom ... Sie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Ort, Datum

**

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

**

Für das Krankenhaus

Muster 2 für die Einzelleistungsvergütung

VEREINBARUNG

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

und

dem Krankenhaus

über die

Vergütung von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen in Krankenhäusern

im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der Vereinigten IKK und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern sowie dem VdAK/AEV Landesvertretung Bayern

Zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts
- vertreten durch ihren Vorstand -

und

und dem Krankenhaus
vertreten durch ...
(im Folgenden Krankenhaus genannt)

.....

wird im Einvernehmen mit der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der Vereinigten IKK und dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern sowie dem VdAK/AEV Landesvertretung Bayern folgende Vereinbarung über die ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen geschlossen:

1. Abrechnungsfähig als ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlung ist nur die Erstversorgung durch Ärzte des Krankenhauses. Der Patient ist zur ambulanten Weiterbehandlung an den zuständigen Vertragsarzt zu verweisen. Der Name des Vertragsarztes ist auf dem Abrechnungsschein für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19) zu vermerken. Eine Durchschrift des Abrechnungsscheines ist dem Vertragsarzt zuzuleiten.

Das Krankenhaus ist verpflichtet, im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlung die erforderlichen Bescheinigungen auszustellen bzw. Mitteilungen an den behandelnden Vertragsarzt weiterzugeben und die erforderlichen Auskünfte an die Krankenkassen zu erteilen.

2. Wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Krankheit/Verletzung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, sind Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig.
3. Für die Vergütung und Prüfung der Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen gelten die für Vertragsärzte maßgebenden gesetzlichen, satzungsmäßigen und vertraglichen Bestimmungen. Verwaltungskosten sind nach Maßgabe der für die Vertragsärzte geltenden Bestimmungen in der jeweils für Vertragsärzte vorgeschriebenen Höhe zu entrichten.
4. Die vom Krankenhaus im Rahmen von ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten Leistungen werden mit dem dafür im jeweils gültigen HVV festgelegten Punktwert vergütet. Unabhängig von der Vergütungsart (Pauschale oder Einzelleistung) ist der Investitionskostenabschlag nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen.
5. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vergütet für die Bereitschaftsdienst-Behandlung nach den vorgenannten Grundsätzen an das Krankenhaus eine Bereitschaftsdienst-Pauschale in Höhe von

- EURO als Pauschale für das bei der Behandlung verbrauchte Material einschließlich aller Medikamente.

Soweit es sich bei der mehrmaligen ambulanten Inanspruchnahme durch denselben

Patienten im selben Quartal um unterschiedliche Erkrankungen bzw. Verletzungen handelt, ist für jede Erstversorgung dieser Erkrankung bzw. Verletzungen der Pauschalbetrag je einmal abrechenbar.

Wird das Krankenhaus vom selben Patienten im selben Quartal für dieselbe Erkrankung bzw. Verletzung mehrmals in Anspruch genommen, ist für alle Inanspruchnahmen innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Tagen (z. B. Freitag/Samstag/Sonntag) der Pauschalbetrag nur einmal abrechenbar.

Im Rahmen der ambulanten Erstversorgung durch das Krankenhaus erhalten Bereitschaftsdienst-Patienten erforderlichenfalls eine bedarfsgerechte Arzneimittelmenge aus den Beständen des Krankenhauses ausgehändigt (Überbrückungsmedikation). Die Mitgabe soll die Packungsgröße N1 nicht übersteigen. Die Arzneimittelkosten sind bereits in der vorgenannten Pauschale enthalten.

6. Daneben werden dem Krankenhaus folgende Materialien in Höhe der tatsächlich entstandenen Bezugskosten gesondert erstattet:

- FSME-Immunglobuline
- Röntgenkontrastmittel
- Hilfsmittel (Halskrausen, Gehstützen, u.ä.)

Die dem Krankenhaus entstandenen tatsächlichen Bezugskosten sind auf dem Behandlungsausweis als EURO-Betrag mit vorgestelltem Buchstaben „E“ für FSME-Immunglobuline, „I“ für Röntgenkontrastmittel und „Q“ für Hilfsmittel abzurechnen. Dies gilt nicht für ausgeliehene Hilfsmittel.

7. Die im Rahmen der ambulanten Bereitschaftsdienst-Behandlungen erbrachten ärztlichen Leistungen werden zusammen mit der nach Nr. 5 vereinbarten Sprechstundenbedarfspauschale sowie der nach Nr. 6 angefallenen Materialien vierteljährlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, unter Verwendung des vollständig ausgefüllten Abrechnungsscheines für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (Muster 19), abgerechnet.

8. **Das Krankenhaus ist verpflichtet, wesentliche Veränderungen der am Krankenhaus zur Leistungserbringung zur Verfügung stehenden Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitzuteilen.**

9. **Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns kann die Vereinbarung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn**

- das Krankenhaus gegen Bestimmungen dieser Vereinbarung verstößt,
- sonstige dringende sachliche Gründe die Kündigung erfordern.

10. Die Vereinbarung gilt mit Wirkung vom Sie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

München,

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Für das Krankenhaus „

6. Mit Wirkung ab 01.07.2008 wird folgende Anlage L vereinbart:

Anlage L

- Qualitätsinitiative Fachärztliche Versorgung -

Die ärztliche Versorgung in Deutschland befindet sich im internationalen Vergleich auf einem hohen qualitativen Niveau. Im Bereich der ambulanten Versorgung besteht ausgehend von diesem hohen Versorgungsniveau jedoch noch Verbesserungspotenzial. Die Vertragspartner sehen die Notwendigkeit, die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen stärker nach Qualitätskriterien zu steuern. Dazu muss die Qualität ärztlicher Versorgung mittels nachvollziehbarer, fachlich valider Kriterien bewertet und transparent gemacht werden. Die Vertragspartner beabsichtigen daher, durch geeignete Maßnahmen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für möglichst viele ärztliche Leistungsbereiche sichtbar zu machen und zu fördern.

Teil A

Allgemeine Grundsätze

§ 1

Ziele der Vereinbarung

Ziele der Vertragspartner sind,

- die hohe Qualität ärztlicher Leistungen sichtbar zu machen,
- die Versorgungsqualität zum Wohle der Versicherten zu fördern,
- etwaige Qualitätsdefizite aufzudecken und zu beheben,
- die Honorierung der ärztlichen Leistungen in Abhängigkeit von nachgewiesener Qualität zu gestalten,
- gleichzeitig die Versorgungskosten zu stabilisieren.

Um diese Ziele zu erreichen, werden folgende Maßnahmen angestrebt:

- Einführung einer flächendeckenden, strukturierten, elektronischen Dokumentation ambulanter Leistungen,
- gemeinsame Evaluation aller Qualitätsprogramme – soweit fachlich sinnvoll,
- fortlaufende Beobachtung der vereinbarten Maßnahmen und ggf. Anpassung an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch während der Vertragslaufzeit,
- Fortführung der Maßnahmen möglichst auch nach 2008.

§ 2

Allgemeine Teilnahmebestimmungen

1. Teilnahmeberechtigt an einem Qualitätsprogramm nach dieser Anlage sind alle Vertragsärzte sowie alle zugelassenen MVZ, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (nachfolgend Arzt genannt). Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Vereinbarung ausgeschlossen.
(Vgl. Protokollnotizen Nrn. 1 und 2)
2. Der Arzt beantragt seine Teilnahme an einem Qualitätsprogramm bei der KVB mittels einer vorgegebenen Teilnahmeerklärung und erbringt den Nachweis der initialen und laufenden Teilnahmevoraussetzungen.
3. Die KVB überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten – Näheres wird in Teil B dieser Anlage geregelt - und übermittelt dem Arzt eine Bestätigung seiner Teilnahmeerlaubnis.
4. Der Arzt kann ab Erhalt der Teilnahmeerlaubnis die in Teil B der Vereinbarung geregelte Vergütung abrechnen.
5. Sofern die teilnehmenden Ärzte die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten nicht erfüllen bzw. nicht fristgerecht nachweisen, ist die Teilnahme am Vertrag ab dem Folgequartal für einen Zeitraum von zwei Quartalen nicht mehr möglich.
6. Die Teilnahmeerlaubnis kann – auch auf Antrag der AOK Bayern - von der KVB entzogen werden, wenn der Arzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus dieser Anlage nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach Teil B der Anlage verstößt.
7. Die Teilnahme am Vertrag endet:
 - a. mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b. mit Beendigung der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung,
 - c. mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.
8. Die KVB stellt für jedes Qualitätsprogramm den daran teilnehmenden Ärzten ein Zertifikat über die Inhalte des Qualitätsprogramms aus, sofern alle Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind. Für Teil B Abschnitt 1 wird kein Zertifikat ausgestellt.
9. Die Ärzte, die an einem Qualitätsprogramm teilnehmen, werden namentlich im Internet der KVB veröffentlicht. Der Arzt erklärt mit seiner Teilnahmeerklärung sein Einverständnis zur Veröffentlichung.
10. Mit der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt die Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken. Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB – auf Wunsch auch unter Teilnahme der AOK Bayern.

§ 3

Evaluation

1. Die Vertragspartner vereinbaren, jedes Qualitätsprogramm im Einvernehmen wenn möglich gemeinsam mit eigenen Ressourcen zu bewerten.
Die Vertragspartner stellen hierzu die in Teil B definierten Daten und Informationen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten dem jeweilig anderen Vertragspartner kostenfrei zur Verfügung.
2. Sollten die Vertragspartner für einzelne Qualitätsprogramme eine gemeinsame wissenschaftliche Evaluation anstreben, einigen sich die Vertragspartner über Art, Umfang und Umsetzungsmodalitäten sowie über die Finanzierung. Im Falle einer Nichteinigung steht es dem jeweiligen Vertragspartner frei, Qualitätsprogramme auf eigene Kosten zu evaluieren.

§ 4

Grundsätze zur Finanzierung

1. Die Vertragspartner stellen sicher, dass die Umsetzung der Qualitätsprogramme ausgabenneutral erfolgt.
2. Die Vertragspartner analysieren nach der Abrechnung eines jeden Quartals, ob die Vorgabe nach 1. eingehalten wurde.
3. Im Falle einer Verletzung der Ausgabenneutralität zu Lasten der AOK Bayern wird im Folgequartal ein Ausgleich geschaffen.
4. Im Falle einer Verletzung der Ausgabenneutralität zu Lasten der KVB verständigen sich die Vertragspartner darüber, ob die frei gewordenen Finanzmittel für die Finanzierung weiterer Qualitätsmaßnahmen verwendet werden können.

§ 5

Laufzeit

Diese Anlage tritt am 01.07.2008 in Kraft und endet am 31.12.2008, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Abweichend hierzu tritt Abschnitt 2 Teil B zum 01.10.2008 in Kraft.

Die Vertragspartner streben die Fortführung der in dieser Anlage geregelten Qualitätssicherungsmaßnahmen über den 31.12.2008 hinaus an. Da § 85 Abs. 2 SGB V ab 2009 als Rechtsgrundlage für diese Anlage nicht mehr anwendbar ist, soll ab 01.01.2009 eine andere hierfür geeignete Rechtsgrundlage zur Anwendung kommen.

Durch die im GKV-WSG für 2009 vorgegebene neue Vergütungssystematik ist im Falle einer Nichteinigung über den Gesamtvertrag 2009 eine Fortgeltung dieser Vereinbarung über den 31.12.2008 hinaus ausgeschlossen.

Teil B

Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Umsetzung zum 01.07.2008 bzw. 01.10.2008

Abschnitt 1

Qualitätsmanagement bei ausgewählten ambulanten Operationen Umsetzung zum 01.07.2008

1. Grundsatz

Mit den folgenden Maßnahmen beabsichtigen die Vertragspartner die Etablierung eines Qualitätsmanagements auf Basis einer standardisierten Dokumentation durch Arzt und Patient für ausgewählte Operationen. Grundlage hierfür ist das Dokumentationssystem AQS 1, das von dem externen Dienstleister Medicaltex GmbH betrieben wird. Die erhobenen Daten werden einerseits für ein strukturiertes Feedback an die teilnehmenden Ärzte und andererseits für die Evaluation für die Versorgungssituation des ambulanten Operierens für den vertragärztlichen Bereich genutzt.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen Vertragsärzte, die am „Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen sowie hausärztlicher Leistungen“ (vgl. Anlage 1 zum 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag) teilnehmen und die Voraussetzungen erfüllen (Mindesthäufigkeiten).

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Vorlage einer ausgefüllten Teilnahmeerklärung (Anlage 1.1).
- b. Vorlage eines Vertrages mit dem von der KVB benannten Dienstleister Medicaltex zur elektronischen Dokumentation der Operationen mittels AQS 1.

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. Einreichung des vollständig ausgefüllten ärztlichen Teils des Dokumentationsbogens für jede Operation nach Nr. 5.
- b. Vollständige Bearbeitung des ärztlichen Teils des Dokumentationsbogens innerhalb von 5 Arbeitstagen nach der Operation.
- c. Information des Patienten über Ziel, Inhalte und Umgang mit dem patientenbezogenen Teil des Dokumentationsbogens und Aushändigung an den Patienten zeitnah im Zusammenhang mit der Operation.
- d. Aktiver Umgang des Arztes mit dem Feedbacksystem der AQS 1 - Dokumentation.

5. Leistungsumfang

Der Leistungsumfang umfasst folgende Operationen; maßgeblich ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel.

Leistung	OPS	EBM Nummer
Verschluss einer Hernia inguinalis	5-530.00	31153
	5-530.01	31153
	5-530.02	31154
	5-530.03	31153
	5-530.1	31154
	5-530.2	31154
	5-530.30	31153
	5-530.31	31163
	5-530.32	31163
	5-530.50	31154
	5-530.51	31155
	5-530.6	31155
	5-530.70	31155
Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	5-214.0	31231
	5-214.3	31235
	5-214.4	31234
	5-214.5	31232
	5-214.6	31233
	5-214.70	31233
	5-214.71	31234
Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	5-681.22	31313
	5-681.23	31313
	5-681.60	31312
	5-681.61	31312
	5-681.62	31312
	5-681.63	31312
Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	5-814.0	31146
	5-814.1	31145
	5-814.2	31146
	5-814.3	31145
	5-814.4	31147
	5-814.5	31145
	5-814.6	31147

6. Abrechnung und Vergütung

- Für jeden vollständig ausgefüllten und fristgerecht eingereichten ärztlichen Teil der Dokumentationsbögen für die Operationen nach Nr. 5 wird ein Zuschlag in Höhe von 40,00 € gewährt.
- Für die Abrechnung des Zuschlags wird für alle in Nr. 5 aufgeführten EBM-Nummern in Kombination mit den aufgeführten OPS automatisch eine Kennung generiert.
- Die Leistungen werden in VDX auf Einzel-GOP Ebene ausgewiesen (Konto 401, Kap. 31, Abschnitt 2).

7. Evaluation

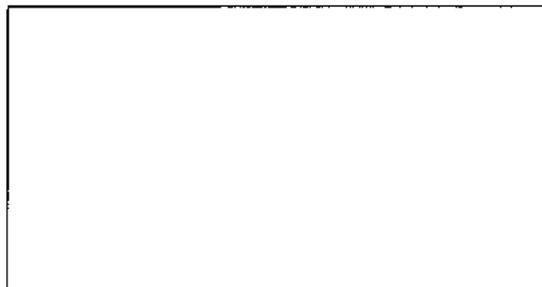
- Evaluation der Patientenzufriedenheit auf Basis der AQS 1 Daten
- Auswertung der Verordnungsstatistik (auch Krankenhaus), so dass zum Beispiel verfolgt werden kann, ob Patienten nach einer ambulanten Operation wegen derselben Erkrankung zeitnah stationär aufgenommen wurden.

8. Anlagen

- Anlage 1.1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 1.2: Vertrag der KVB mit Fa. medicaltex
- Anlage 1.3: Datenflusskonzept (wird nachgereicht)
- Anlage 1.4: Evaluationskonzept (wird nachgereicht)

Anlage 1.1

Kassenärztliche Vereinigung
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

**Teilnahmeerklärung
an dem Pilotprojekt Ambulantes Operieren**

zwischen der AOK Bayern, dem BKK Landesverband Bayern und den Innungskrankenkassen
und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ **ODER – soweit bereits vergeben: LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis/ Gemeinschaftspraxis (*nicht zutreffendes bitte streichen*) niedergelassener
Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ _____ (*Name des MVZ*) angestellter Arzt/
Vertragsarzt/ leitender Arzt (*nicht zutreffendes bitte streichen*) seit/ ab: _____

Die ambulanten Operationen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

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

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Pilotprojekt Ambulantes Operieren. Ich erbringe mindestens eine der im Katalog des Pilotprojekts festgelegten Leistungen.

2. Teilnahmevoraussetzungen

- a) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich berechtigt bin, am „Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen“ für den Bereich ambulantes Operieren teilzunehmen – die KVB hat meine Teilnahme schriftlich bestätigt.
- b) Den unterschriebenen Vertrag mit dem Qualitätssicherungsdienstleister medicaltex schicke ich direkt mit dieser Teilnahmeerklärung an die KVB (wird an medicaltex weitergeleitet).

3. Teilnahmeverpflichtungen

Hiermit verpflichte ich mich

- a) zur vollständigen Bearbeitung des ärztlichen Teils des Dokumentationsbogens für die Operationen aus dem Leistungskatalog des Pilotprojekts innerhalb von 5 Arbeitstagen nach der Operation.
- b) zur Einreichung des vollständig ausgefüllten ärztlichen Teils des Dokumentationsbogens für die Operationen aus dem Leistungskatalog des Pilotprojekts an medicaltex.
- c) zur Information des Patienten über Ziel, Inhalte und Umgang mit dem patientenbezogenen Teil des Dokumentationsbogens und über dessen Weitergabe an medicaltex.
- d) zur Aushändigung des patientenbezogenen Teils des Dokumentationsbogens an den Patienten zeitnah zur Operation.
- e) zum aktiven Umgang mit dem Feedbacksystem der AQS1-Dokumentation.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich,

- a) dass ich als Teilnehmer des Pilotprojekts namentlich im Internet der KVB veröffentlicht werde.
- b) dass die KVB den Vertragspartnern des Pilotprojekts regelmäßig, mindestens halbjährlich, über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange - berichtet.
- c) dass eine Begehung der von mir genutzten Praxis-/OP-Räume im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt durch die Vertragspartner (KVB, Krankenkassenverbände) durchgeführt werden kann.

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

_____, den _____, _____
Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei teilnehmenden angestellten Ärzten:

Unterschrift MVZ-Leiter/anstellender Vertragsarzt

Kooperationsvertrag

zwischen

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Deutschland

– im folgenden KVB genannt –

und

medicaltex GmbH
Enhuberstr. 3b, 80333 München, Deutschland

– im folgenden medicaltex genannt –

Vorbemerkung

medicaltex hat zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen den sog. AQS1[®]-Fragebogen entwickelt, der eine detaillierte Dokumentation im Bereich der ambulanten Operationen erlaubt. Der AQS1[®]-Fragebogen beinhaltet eine kombinierte Befragung von Arzt und Patient zur Erfassung von prä-, intra- und postoperativen Daten. Seit dem 1. Quartal 2000 wird der AQS1[®]-Fragebogen (in jeweils jährlich leicht überarbeiteten Versionen) bundesweit in der Praxisroutine eingesetzt.

Die KVB wird mit ambulant operierenden Vertragsärzten Verträge im Rahmen des Gesamtvertrags schließen. Der Vertragsschluss erfolgt durch das Ausfüllen einer Teilnahmebestätigung. Die Vertragspartner von der KVB müssen sich dabei u. a. zu einer qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten verpflichten. Neben anderen vertraglich vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen die Vertragspartner von der KVB das von medicaltex entworfene Qualitätssicherungssystem für ambulante Operationen AQS1[®] einsetzen. Der Einsatz von AQS1[®] wird an eine bessere Vergütung (Zusatzpauschale) der operativen Leistung gekoppelt. In einem Pilotprojekt wird die Funktion und Akzeptanz der qualitätsorientierten Leistungsvergütung

getestet. Das Pilotprojekt wird auf einzelne Prozeduren und einzelne Krankenkassen beschränkt.

Die Parteien vereinbaren daher folgendes:

I. Definitionen

1. Vertragsärzte, die an dem Pilotprojekt ambulantes Operieren der KVB teilnehmen möchten, sind verpflichtet eine Teilnahmeerklärung der KVB auszufüllen. Die unterschriebene Teilnahmeerklärung wird im folgenden als AMBULANTE-OP-TEILNAHMEERKLÄRUNG bezeichnet.
2. Vertragsärzte die eine AMBULANTE-OP-TEILNAHMEERKLÄRUNG der KVB unterschrieben haben werden im folgenden VERTRAGSÄRZTE genannt.
3. Eine Praxis an der ein oder mehrere VERTRAGSÄRZTE arbeiten wird im folgenden als VERTRAGSARZTPRAXIS bezeichnet
4. Verträge, die zur Einführung des Qualitätssicherungssystems AQS1[®] zwischen einem VERTRAGSARZT und medicaltex abgeschlossen werden, werden im folgenden als AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRÄGE bezeichnet.
5. VERTRAGSÄRZTE, die an einer oder mehreren VERTRAGSARZTPRAXEN arbeiten und einen AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG abgeschlossen haben, werden als AQS1-KVB-VER-TRAGSÄRZTE bezeichnet.
6. Der Datenbestand aller von medicaltex erfassten AQS1[®]-Fragebögen im Rahmen der Kooperation mit der KVB wird im folgenden als AQS1-KVB-DATENBESTAND bezeichnet.
7. Der Datenbestand aller von medicaltex erfassten AQS1[®]-Fragebögen wird im folgenden als AQS1-DATENBESTAND bezeichnet.

II. AQS1[®]-Vertragsbedingungen

1. VERTRAGSÄRZTE, die die AMBULANTE-OP-TEILNAHMEERKLÄRUNG der KVB ausgefüllt haben, verpflichten sich für die Dauer des Vertragsverhältnisses, das Qualitätssicherungssystem AQS1[®] einzusetzen.
2. Die KVB schickt den AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG mit der Teilnahmeerklärung der KVB für das Pilotprojekt an die VERTRAGSÄRZTE,

die an dem Pilotprojekt ambulantes Operieren der KVB teilnehmen möchten. Die vom VERTRAGSARZT unterschriebene AMBULANTE-OP-TEILNAHME-ERKLÄRUNG für das Pilotprojekt und der AQS1-KVB-TEILNAHME-VERTRAG werden vom VERTRAGSARZT direkt an die KVB geschickt. Die KVB schickt den unterschriebenen AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG an medicaltex.

3. Der AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG wird umgehend von der KVB an medicaltex weitergeleitet. medicaltex verpflichtet sich innerhalb von 8 Kalendertagen nach Eingang des Vertrags bei medicaltex, die AQS1-KVB-VERTRAGSÄRZTE mit allen notwendigen Materialien und Informationen auszustatten.
4. AQS1-KVB-VERTRAGSÄRZTE, die eine AMBULANTE-OP-TEILNAHMEERKLÄRUNG ausgefüllt haben, wird das Recht eingeräumt, den AQS1®-Fragebogen uneingeschränkt für beliebige in der VERTRAGSARZTPRAXIS durchgeführte Operationen zu verwenden.
5. medicaltex behält sich das Recht vor, den AQS1®-Fragebogen sowie den Standardquartalsbericht abzuändern.
6. Das Preismodell von medicaltex für den AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG wird bis zum 31.12.2008 nicht verändert (siehe II.7). Alle teilnehmenden AQS1-KVB-VERTRAGSÄRZTE haben ein Sonderkündigungsrecht zum 31.12.2008. Um von diesem Sonderkündigungsrecht Gebrauch zu machen, muss die Kündigung bis zum 10.12.2008 bei medicaltex eingehen.
7. Die Preise für das Qualitätssicherungssystem AQS1® setzen sich je VERTRAGSARZTPRAXIS mit einem oder mehreren AQS1-KVB-VERTRAGSÄRZTEN wie folgt zusammen:

Print-Version (keine Nutzung des medicaltex-Online-Portals):

Grundgebühr pro angefangenem Quartal: 139,00 €

Preis pro bestelltem AQS1-Fragebogen...

mit weniger als 500 AQS1-Fragebögen pro AQS1-Paket: 1,49 €

ab 500 AQS1-Fragebögen pro AQS1-Paket: 1,41 €

Online-Version (Nutzung des medicaltex-Online-Portals):

Bei der Nutzung des medicaltex-Online-Portals enthält der gedruckte AQS1-Fragebogen nur den Patiententeil. Der Arztteil des AQS1-Fragebogens wird am Computer ausgefüllt.

Grundgebühr pro angefangenem Quartal: 69,00 €

Preis pro bestelltem AQS1-Fragebogen...

mit weniger als 500 AQS1-Fragebögen pro AQS1-Paket: 1,39 €

ab 500 AQS1-Fragebögen pro AQS1-Paket: 1,31 €

8. Das Urheberrecht an allen von medicaltex versendeten Materialien und Berichten liegt alleine bei medicaltex. Jede Verwendung außerhalb der KVB und der VERTRAGSARZTPRAXIS des AQS1-KVB-VERTRAGSARZTES ist untersagt (Sonderregelung siehe Punkt IV.7.).
9. Falls im Rahmen des Pilotprojektes mindestens 100 AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRÄGE abgeschlossen werden, beteiligt sich medicaltex mit 2.500 € brutto an den Versandkosten der KVB. Die Versandkosten der KVB entstehen durch das Informationsanschreiben an die ambulant operierenden Einrichtungen bezüglich des Pilotprojektes. Nach Eingang des 100. AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAGES erhält medicaltex von der KVB eine Rechnung über den vereinbarten Betrag.

III. Organisatorischer Ablauf

1. Die Lieferung der Fragebögen für das jeweilige Folgequartal durch medicaltex erfolgt jeweils bis zum 20. Kalendertag des letzten Monats des jeweils vorangehenden Kalenderquartals.
2. Von medicaltex werden ausschließlich die Original-AQS1®-Fragebögen mit eindeutiger Identifikationsnummer erfasst und ausgewertet.
3. Der Qualitätsbericht zum vorangegangenen Quartal berücksichtigt jeweils nur Fragebögen, die bis zum 14. Kalendertag des ersten Monats des neuen Quartals bei medicaltex eingegangen sind.
4. medicaltex übernimmt keine Gewährleistung für die Funktionsfähigkeit der für die Datenübertragung und Datenerfassung genutzten technischen Einrichtungen, soweit diese nicht von ihr hergestellt oder betrieben oder unter ihrer Kontrolle genutzt werden. medicaltex übernimmt die Haftung für mögliche Fehler oder Verzögerungen ihrer internen Prozessabläufe.

IV. Auswertungen

1. Bei Einwilligung des AQS1-KVB-VERTRAGSARZTES (siehe AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG) ist medicaltex berechtigt, die anonymisierten Rohdaten des AQS1-KVB-DATENBESTANDES (Patienten- und Arztdaten) im Auftrag der KVB zur wissenschaftlichen Evaluation an eine Universität weiterzuleiten, die von der KVB noch schriftlich benannt wird. Eine Einwilligung des AQS1-KVB-VERTRAGSARZTES liegt vor, wenn der AQS1-KVB-VERTRAGSARZT mit seiner Unterschrift auf dem AQS1-KVB-TEILNAHME-VERTRAG sein Einverständnis gegeben hat.

2. Die Anlage 1 regelt die Übermittlung und Datenform des AQS1-KVB-DATENBESTANDES.
3. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und aussagekräftigen Auswertung der durch medicaltex gegenüber der KVB erbrachten Dienstleistungen nach diesem Vertrag ist medicaltex verpflichtet, die Einzelergebnisse einer VERTRAGSARZTPRAXIS mit den Ergebnissen anderer VERTRAGSARZTPRAXEN des AQS1-KVB-DATENBESTANDES zu einer Gesamtstatistik zusammen zu fassen und unter Beachtung der im Einzelfall jeweils anwendbaren datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu speichern.
4. Die KVB wird gemäß § 33 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz darauf hingewiesen, dass medicaltex die im Rahmen des Vertragsverhältnisses erlangten Daten in maschinenlesbarer Form speichert und im Rahmen der Zweckbestimmung des zum VERTRAGSARZT bestehenden Vertragsverhältnisses verarbeitet.
5. Die KVB hat keinen Anspruch auf Archivierung des ausgefüllten Patiententeils der AQS1®-Fragebögen in Papierform. Die Inhalte der Fragebögen werden von medicaltex in elektronischer Form gespeichert und archiviert.
6. Aus Gründen des Datenschutzes ist es nicht möglich, Informationen zu übermitteln, in denen einzelne Patienten identifizierbar sind. medicaltex erstellt auch keine Auswertungen zur Patientenzufriedenheit, falls ein Patient wegen zu geringer Fallzahl identifiziert werden kann (die detaillierte Regelung ist in der Anlage 1 Kapitel 1 beschrieben). Dies gilt u.a. auch für die Erstellung des Quartalsberichts. Die Identifikationsnummern dienen allein der Zuordnung zu einzelnen VERTRAGSARZT-PRAXEN und dem Zusammenführen von Arztfragebogen und Patientenfragebogen. medicaltex verpflichtet sich, diese Daten vertraulich zu behandeln und nur zu Auswertungszwecken zu verwenden.
7. medicaltex gewährt der KVB das nicht ausschließliche Recht, anonymisierte Ergebnisse aus Auswertungen des AQS1-KVB-DATENBESTANDES zu veröffentlichen, sofern dies nicht im Widerspruch zu den Vertragsmodalitäten des AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAGES steht. Der Auftraggeber verpflichtet sich, bei den Veröffentlichungen stets als Quelle „AQS1, www.medicaltex.de“ anzugeben.

VI. Beginn und Ende des Vertrags

1. Der Vertrag läuft ab 01.07.2008 bis zum 31.12.2008. Vor Ablauf der oben genannten Frist kann dieser Vertrag nur aus wichtigem Grund gekündigt werden.

VII. Haftung

1. Die Vertragsparteien haften einander nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. medicaltex ist gegenüber der KVB verpflichtet, zu jedem Zeitpunkt während der Laufzeit des vorliegenden Vertrages eine gültige Betriebshaftpflichtversicherung zu führen und zu unterhalten, die Personen-, Sach- sowie Vermögensschäden abdeckt. medicaltex ist verpflichtet, auf Verlangen der KVB dieser jeweils das Bestehen der Betriebshaftpflichtversicherung sowie die vollständige Einzahlung der für das laufende Versicherungsjahr fälligen Prämienzahlungen schriftlich unverzüglich nachzuweisen.
3. medicaltex hat gegenüber der KVB keine Ansprüche auf eine bestimmte Zahl von teilnehmenden VERTRAGSÄRZTEN oder Fällen.

VIII. Schlussbestimmungen

1. Diese Vereinbarung unterliegt deutschem Recht. Als Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus oder in Verbindung mit dieser Vereinbarung wird das Sozialgericht München vereinbart.
2. Alle Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Abänderung des Schriftformerfordernisses.
3. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder die Wirksamkeit oder die Durchführbarkeit durch einen nachträglich eintretenden Umstand verlieren, so bleibt die Wirksamkeit oder die Durchführbarkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An der Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Vertragsbestimmungen werden die Vertragsparteien eine Regelung vereinbaren, die dem am nächsten kommt, was die Vertragsparteien vereinbart hätten, sofern sie den betreffenden Punkt bedacht hätten. Entsprechendes gilt für Lücken dieses Vertrages. Bei der Auslegung und Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Vertragsparteien sind insbesondere die in der Vorbemerkung dieses Vertrages genannten Vertragsziele zu berücksichtigen.
4. Die beigefügten **Anlagen** sind Bestandteil des vorliegenden Vertrages. Bei eventuellen Widersprüchen zwischen dem Vertrag und den Anlagen geht ersterer vor.
5. Jede der Vertragsparteien ist berechtigt, den vorliegenden Vertrag mit der ausdrücklichen schriftlichen vorherigen Zustimmung der jeweils anderen Vertragspartei auf eine Rechtsnachfolgerin mit sämtlichen Rechten und

Pflichten zu übertragen. Die Zustimmung ist zu erteilen, wenn die jeweils andere Vertragspartei nachweist, dass die Rechtsnachfolgerin eine sichere Gewähr für die umfassende Erfüllung sämtlicher vertraglich vereinbarter Pflichten bietet.

München, den

München, den

.....
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstr. 39
80687 München

.....
medicaltex GmbH
Enhüberstraße 3b
80333 München

Datenformat der AQS1®-Rohdaten

Anlage 1 zum Kooperationsvertrag zwischen der KV-Bayern und medicaltex zum Pilotprojekt Ambulantes Operieren

© 2008 medicaltex GmbH. Alle Rechte vorbehalten.
Stand des Dokumentation: 05/2008

medicaltex und AQS1 sind eingetragene Bild- und Wortmarken. Die Urheberrechte für AQS1 liegen alleine bei medicaltex München.

Microsoft, Windows und das Windows Logo sind Marken der Microsoft Corporation in den USA und/oder anderen Ländern.

1. Datenumfang

medicaltex exportiert den AQS1-KVB-DATENBESTAND getrennt für den Arztfragebogen und den Patientenfragebogen jeweils für das 3. Quartal und das 4. Quartal 2008 in Textdateien. Folgende vier Dateien werden dabei erstellt:

- AQS1_KVB_Arzt_20083.txt (Arztdaten des 3. Quartals 2008)
- AQS1_KVB_Pat_20083.txt (Patientendaten des 3. Quartals 2008)
- AQS1_KVB_Arzt_20084.txt (Arztdaten des 4. Quartals 2008)
- AQS1_KVB_Pat_20084.txt (Patientendaten des 4. Quartals 2008)

Die Dateien für das 3. Quartal 2008 werden Mitte November 2008 erstellt und der KVB zur Verfügung gestellt, die Dateien für das 4. Quartal 2008 werden Mitte Februar 2009 erstellt und der KVB zur Verfügung gestellt.

Die Arztdaten enthalten alle für die KVB erfassten Rohdaten des AQS1-Arztfragebogens. Der AQS1-Arztfragebogen enthält neben den medizinisch relevanten Inhalten eine Inprintnummer, eine fortlaufende Nummer des Operators sowie eine fortlaufende Nummer des Anästhesisten. Die Inprintnummer ist zusätzlich auf den Patientenfragebogen aufgedruckt. Mit Hilfe dieser Nummer können jeweils Arzt- und Patientendokumentation bei medicaltex wieder zusammengeführt und der richtigen Praxisklinik zugeordnet werden.

The image shows two overlapping forms. The left form is titled 'AQS1 Dokumentationsbogen' and contains several sections: 'Arzt/KV-Operateur' with the value '0011124431', 'Allg. Dokumentation', 'Medizinische Risikofaktoren' (listing Herz-Kreislauf, Respirationstrakt, Adipositas, Gerinnungsstörung, Erhöhtes Thromboserisiko, Diabetes), and 'Dringlichkeit der OP' (listing Planbar, dringend, Notfall). The right form is titled 'Patientenfragebogen AQS1' and contains a consent statement, a question '8. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?' with the answer '8 Tage', and a question '9. Wie lange waren Sie arbeitsunfähig?' with the answer '0011124431' circled. Both forms have a circled Inprint number '0011124431'.

Abb. 1: Inprintnummer auf dem Arzt- und dem Patientenfragebogen

Die Inprintnummer besteht aus der fünfstelligen Kundennummer, einer vierstelligen laufenden Nummer und einer Prüfsumme. Im obigen Beispiel ist die Kundennummer „00111“, die laufende Nummer „2443“ und die Prüfsumme „1“.

Da die Kundennummer sowie die fortlaufende Nummer des Operators und die fortlaufende Nummer des Anästhesisten auf dem AQS1-KVB-TEILNAHMEVERTRAG angegeben werden, kann ein Datensatz der Arztdaten einem Arzt eindeutig zugeordnet werden.

Die Patientendaten enthalten alle für die KVB erfassten Rohdaten des AQS1-Patientenfragebogens. Die Inprintnummer in den Patientendaten wird aus datenschutzrechtlichen Gründen auf die ersten 5 Stellen (die Kundennummer) gekürzt. Die Patientendaten werden um die fortlaufende Nummer des Operators und die fortlaufende Nummer des Anästhesisten erweitert, um eine Zuordnung der Patientendaten zum Arzt zu gewährleisten.

Sinkt die Anzahl der Patientenfragebögen in einem Quartal für einen Operator unter den Schwellwert 5, so wird die fortlaufende Nummer des Operators in den entsprechenden Datensätzen der Patientendaten entfernt, um die Anonymität des Patienten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die fortlaufende Nummer des Anästhesisten.

Sinkt die Anzahl der Patientenfragebögen in einem Quartal für eine Praxisklinik unter den Schwellwert 5, so wird die gekürzte Inprintnummer in den entsprechenden Datensätzen der Patientendaten entfernt, um die Anonymität des Patienten zu gewährleisten.

2. Dateiformat

Das Format der Rohdatendatei ist TAB-delimited-ASCII. Die erste Zeile der Datei enthält allgemeine Informationen. Alle weiteren Zeilen enthalten die jeweiligen AQS1-Arztfragebogen-Datensätze bzw. AQS1-Patientenfragebogen-Datensätze:

1. Zeile: <Exportdatum><TAB><Quartal><TAB>AQS1<TAB>BX-BZ<CR><LF>
2. Zeile: <1. Datensatz><CR><LF>
3. Zeile: <2. Datensatz><CR><LF>
4. Zeile: <3. Datensatz><CR><LF>
- [...]

Das Feld <Exportdatum> besitzt das Format dd.mm.yy. Das Feld <Quartal> besitzt das Format yyyyq.

Beispiel für die erste Zeile der Exportdatei:

```
07.04.08<TAB>AQS1<TAB>20083<TAB>BX-BZ<CR><LF>
```

Ein AQS1-Arztfragebogen-Datensatz besitzen folgenden Aufbau:

```
<Feld_1><TAB><Feld_2><TAB><Feld_3><TAB><Feld_4><TAB>...<Feld_n><CR><LF>
```

Die Felder können entweder vom Datentyp „String“ oder vom Datentyp „Number“ sein. Feldwerte vom Datentyp „String“ werden nicht in Anführungszeichen geschrieben.

Der Missing Value ist ein spezieller Wert, der aussagt, dass die entsprechende Frage nicht beantwortet oder die Mehrfachauswahl-Antwort (Check-Box) nicht ausgewählt wurde. Der Missing Value zum Datentyp „String“ ist eine leere Zeichenfolge, der Missing Value vom Datentyp „Number“ ist der Wert -1.

Beispiel für einen Datensatz mit einem Missing Value vom Datentyp „Number“, zwei aufeinanderfolgenden Missing Values vom Datentyp „String“ und einem abschließenden Missing Value vom Datentyp „Number“:

```
-1<TAB><TAB><TAB>-1<CR><LF>
```

3. Felddefinitionen der Arztdaten

Die nachfolgende Tabelle enthält die Zuordnung der Felder eines AQS1-Arztfragebogen-Datensatzes zu den entsprechenden Fragen des AQS1-Arztfragebogens:

Feld	Frage auf dem Arztfragebogen	Werte	Missing Value
feld_1	Inprinnummer	Datentyp „Zeichenkette“	
feld_2	Interne Nummer Arztteil/Operateur	Datentyp „Zeichenkette“, max. 2 Zeichen	leere Zeichenfolge
feld_3	Interne Nummer Arztteil/Anästhesist	Datentyp „Zeichenkette“, max. 2 Zeichen	leere Zeichenfolge
feld_4	Lfd. OP-Nr.	Datentyp „Zeichenkette“, max. 7 Zeichen	leere Zeichenfolge
feld_5	OP-Datum	Datentyp „Zeichenkette“, Aufbau: dd.mm.yy (Beispiel: 23.11.05)	leere Zeichenfolge
feld_6	Geschlecht	1 = Männlich, 2 = Weiblich	-1
feld_7	Geburtsjahr	Geburtsjahr als vierstellige Zahl	-1
feld_8	1. ICD10-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Punkt (Beispiel: M2322)	leere Zeichenfolge
feld_9	2. ICD10-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Punkt (Beispiel: M2322)	leere Zeichenfolge
feld_10	3. ICD10-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Punkt (Beispiel: M2322)	leere Zeichenfolge
feld_11	4. ICD10-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Punkt (Beispiel: M2322)	leere Zeichenfolge
feld_12	1. OPS-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Strich und Punkt (Beispiel: 58121H)	leere Zeichenfolge
feld_13	2. OPS-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Strich und Punkt (Beispiel: 58121H)	leere Zeichenfolge
feld_14	3. OPS-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Strich und Punkt (Beispiel: 58121H)	leere Zeichenfolge
feld_15	4. OPS-Code	Zeichenkette ohne Trennzeichen Strich und Punkt (Beispiel: 58121H)	leere Zeichenfolge
feld_16	Studienfeld A	1 = Ausgewählt	-1
feld_17	Studienfeld B	1 = Ausgewählt	-1
feld_18	Studienfeld C	1 = Ausgewählt	-1
feld_19	Studienfeld D	1 = Ausgewählt	-1
feld_20	Studienfeld E	1 = Ausgewählt	-1
feld_21	Studienfeld F	1 = Ausgewählt	-1
feld_22	Med. Risikofaktor: Herz-Kreislauf	1 = Ausgewählt	-1
feld_23	Med. Risikofaktor: Respirationstrakt	1 = Ausgewählt	-1
feld_24	Med. Risikofaktor: Adipositas	1 = Ausgewählt	-1
feld_25	Med. Risikofaktor: Allergie	1 = Ausgewählt	-1
feld_26	Med. Risikofaktor: Krampfleiden	1 = Ausgewählt	-1
feld_27	Med. Risikofaktor: Gerinnungsstörung	1 = Ausgewählt	-1
feld_28	Med. Risikofaktor: Erhöhtes Thromboserisiko	1 = Ausgewählt	-1
feld_29	Med. Risikofaktor: Diabetes	1 = Ausgewählt	-1
feld_30	Med. Risikofaktor: Sonstige Stoffwechselstörungen	1 = Ausgewählt	-1
feld_31	Med. Risikofaktor: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_32	Kompl. intraop.: Blutung	1 = Ausgewählt	-1
feld_33	Kompl. intraop.: Nervenläsion	1 = Ausgewählt	-1
feld_34	Kompl. intraop.: Gewebsläsion	1 = Ausgewählt	-1
feld_35	Kompl. intraop.: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_36	Kompl. intraop.: Technisch/Instrumentell	1 = Ausgewählt	-1
feld_37	Kompl. intraop.: Abbruch der geplanten OP	1 = Ausgewählt	-1
feld_38	Kompl. intraop.: Erweiterung der geplanten OP	1 = Ausgewählt	-1
feld_39	Dringlichkeit des Eingriffs	1 = Planbar, 2 = Dringlich, 3 = Notfall	-1
feld_40	Wundkontaminationsklasse, CDC-Klassifikation	1 = Aseptisch, 2 = Bedingt aseptisch, 3 = Kontaminiert, 4 = Septisch	-1

feld_41	Second Opinion	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_42	Primäreingriff	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_43	Histologie entnommen	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_44	Diagnose intraop. bestätigt	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_45	Operateur: Ärztliche Assistenz	0 = 0, 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3	-1
feld_46	Operateur: Nichtärztliche Assistenz	0 = 0, 1 = 1, 2 = 2, 3 = 3	-1
feld_47	Einleitungszeit	Zeit in Minuten als max. dreistellige Zahl	-1
feld_48	Schnitt-Naht-Zeit	Zeit in Minuten als max. dreistellige Zahl	-1
feld_49	OP-Blockierungszeit	Zeit in Minuten als max. dreistellige Zahl	-1
feld_50	Zeit im Aufwachraum	Zeit in Minuten als max. dreistellige Zahl	-1
feld_51	NICHT ZUGEORDNET	Wert = -1	-1
feld_52	Untersuchung/Befunde: Operateur	1 = Ausgewählt	-1
feld_53	Untersuchung/Befunde: Anästhesist	1 = Ausgewählt	-1
feld_54	Untersuchung/Befunde: Zuweisender Arzt	1 = Ausgewählt	-1
feld_55	Anästhesie: Aufklärung	1 = Am OP-Tag, 2 = Vor dem OP-Tag	-1
feld_56	ASA-Klassifikation	I = 1, II = 2, III = 3, IV = 4	-1
feld_57	Durchführung der Anästhesie	1 = Anästhesist, 2 = Operateur	-1
feld_58	Anästhesie: Ärztliche Assistenz	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_59	Anästhesie: Nichtärztliche Assistenz	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_60	Art der Anästhesie: Intubationsnarkose	1 = Ausgewählt	-1
feld_61	Art der Anästhesie: Maskennarkose	1 = Ausgewählt	-1
feld_62	Art der Anästhesie: Larynxmaske	1 = Ausgewählt	-1
feld_63	Art der Anästhesie: Stand by	1 = Ausgewählt	-1
feld_64	Art der Anästhesie: iv.-Block	1 = Ausgewählt	-1
feld_65	Art der Anästhesie: Spinalanästhesie	1 = Ausgewählt	-1
feld_66	Art der Anästhesie: Epiduralanästhesie	1 = Ausgewählt	-1
feld_67	Art der Anästhesie: Plexusanästhesie	1 = Ausgewählt	-1
feld_68	Art der Anästhesie: Lokalanästhesie	1 = Ausgewählt	-1
feld_69	Art der Anästhesie: Nervenblockade	1 = Ausgewählt	-1
feld_70	Art der Anästhesie: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_71	Periop. Medikation: Prä-OP Analgetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_72	Periop. Medikation: Intra-OP Analgetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_73	Periop. Medikation: Post-OP Analgetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_74	Periop. Medikation: Prä-OP Antiemetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_75	Periop. Medikation: Intra-OP Antiemetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_76	Periop. Medikation: Post-OP Antiemetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_77	Periop. Medikation: Prä-OP Antihypertensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_78	Periop. Medikation: Intra-OP Antihypertensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_79	Periop. Medikation: Post-OP Antihypertensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_80	Periop. Medikation: Prä-OP Antihypotensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_81	Periop. Medikation: Intra-OP Antihypotensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_82	Periop. Medikation: Post-OP Antihypotensiva	1 = Ausgewählt	-1
feld_83	Periop. Medikation: Prä-OP Sedativa	1 = Ausgewählt	-1
feld_84	Periop. Medikation: Intra-OP Sedativa	1 = Ausgewählt	-1
feld_85	Periop. Medikation: Post-OP Sedativa	1 = Ausgewählt	-1
feld_86	Periop. Medikation: Prä-OP Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_87	Periop. Medikation: Intra-OP Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_88	Periop. Medikation: Post-OP Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_89	Periop. Medikation: Prä-OP Antibiotika	1 = Ausgewählt	-1
feld_90	Periop. Medikation: Intra-OP Antibiotika	1 = Ausgewählt	-1
feld_91	Periop. Medikation: Post-OP Antibiotika	1 = Ausgewählt	-1
feld_92	Periop. Medikation: Prä-OP Antikoagulantien	1 = Ausgewählt	-1
feld_93	Periop. Medikation: Intra-OP Antikoagulantien	1 = Ausgewählt	-1
feld_94	Periop. Medikation: Post-OP Antikoagulantien	1 = Ausgewählt	-1
feld_95	Periop. Medikation: Prä-OP Anticholinergika	1 = Ausgewählt	-1
feld_96	Periop. Medikation: Intra-OP Anticholinergika	1 = Ausgewählt	-1

feld_97	Periop. Medikation: Post-OP Anticholinergika	1 = Ausgewählt	-1
feld_98	Periop. Medikation: Prä-OP O ₂ -Insufflation	1 = Ausgewählt	-1
feld_99	Periop. Medikation: Intra-OP O ₂ -Insufflation	1 = Ausgewählt	-1
feld_100	Periop. Medikation: Post-OP O ₂ -Insufflation	1 = Ausgewählt	-1
feld_101	Periop. Medikation: Prä-OP Lokalanästhetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_102	Periop. Medikation: Intra-OP Lokalanästhetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_103	Periop. Medikation: Post-OP Lokalanästhetika	1 = Ausgewählt	-1
feld_104	Kompl. intraop.: Herz-Kreislauf	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_105	Kompl. intraop.: Respirationstrakt	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_106	Kompl. intraop.: Aspiration	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_107	Kompl. intraop.: Medikamente	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_108	Kompl. intraop.: Techn. Probleme	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_109	Kompl. intraop.: Sonstiges	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_110	Beschwerden im AWR: Übelkeit	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_111	Beschwerden im AWR: Erbrechen	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_112	Beschwerden im AWR: Wundschmerzen	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_113	Beschwerden im AWR: Muskelschmerzen	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_114	Beschwerden im AWR: Halsschmerzen	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_115	Beschwerden im AWR: Kopfschmerzen	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_116	Beschwerden im AWR: Kreislaufprobleme	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_117	Beschwerden im AWR: Atmung	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_118	Beschwerden im AWR: Allerg. Reaktion	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_119	Beschwerden im AWR: Harnverhalt	1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4	-1
feld_120	War eine stationäre Aufnahme nötig?	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_121	Operation: Aufklärung	1 = Am OP-Tag, 2 = Vor dem OP-Tag	-1

4. Felddefinitionen der Patientendaten

Die nachfolgende Tabelle enthält die Zuordnung der Felder eines AQS1-Patientenfragebogen-Datensatzes zu den entsprechenden Fragen des AQS1-Patientenfragebogens:

Feld	Frage auf dem Patientenfragebogen	Werte	Missing Value
feld_1	Inprintnummer (erste fünf Stellen)	Datentyp „Zeichenkette“	leere Zeichenfolge
feld_2	Interne Nummer Arztteil/Operateur	Datentyp „Zeichenkette“, max. 2 Zeichen	leere Zeichenfolge
feld_3	Interne Nummer Arztteil/Anästhesist	Datentyp „Zeichenkette“, max. 2 Zeichen	leere Zeichenfolge
feld_4	Patient ist alleinstehend	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_5	Krankenversicherung: Gesetzlich	1 = Ausgewählt	-1
feld_6	Krankenversicherung: Privat	1 = Ausgewählt	-1
feld_7	Krankenversicherung: Berufsgenossenschaft	1 = Ausgewählt	-1
feld_8	Krankenversicherung: Selbstzahler	1 = Ausgewählt	-1
feld_9	Arbeitsunfähigkeit vor der OP	Zeit in Tagen als max. zweistellige Zahl	-1
feld_10	Arbeitsunfähigkeit nach der OP	Zeit in Tagen als max. zweistellige Zahl	-1
feld_11	Arbeitsunfähigkeit nach OP nicht absehbar	1 = Ausgewählt	-1
feld_12	Arbeitsverhältnis: Angestellt	1 = Ausgewählt	-1
feld_13	Arbeitsverhältnis: Selbständig	1 = Ausgewählt	-1
feld_14	Arbeitsverhältnis: Beamter/in	1 = Ausgewählt	-1
feld_15	Arbeitsverhältnis: Rentner/in	1 = Ausgewählt	-1
feld_16	Arbeitsverhältnis: Hausfrau/mann	1 = Ausgewählt	-1
feld_17	Arbeitsverhältnis: Ausbildung	1 = Ausgewählt	-1
feld_18	Arbeitsverhältnis: Arbeitslos	1 = Ausgewählt	-1
feld_19	Allgemeiner Gesundheitszustand vor OP	1 = Sehr gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_20	Beeinträchtigung des Lebensstils	1 = Gar nicht bis 5 = Sehr stark	-1
feld_21	Auf Praxis aufmerksam geworden: Vorerfahrung	1 = Ausgewählt	-1
feld_22	Auf Praxis aufmerksam geworden: Internet	1 = Ausgewählt	-1
feld_23	Auf Praxis aufmerksam geworden: Telefonbuch	1 = Ausgewählt	-1
feld_24	Auf Praxis aufmerksam geworden: Branchenbuch	1 = Ausgewählt	-1
feld_25	Auf Praxis aufmerksam geworden: Überweisung	1 = Ausgewählt	-1
feld_26	Auf Praxis aufmerksam geworden: Empfehlung	1 = Ausgewählt	-1
feld_27	Auf Praxis aufmerksam geworden: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_28	Operateur: Verständliche Erklärung der Diagnose	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_29	Operateur: Erklärung der Operation	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_30	Operateur: Aufklärung über Risiken	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_31	Operateur: Information nach OP	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_32	Operateur: Zeit für offene Fragen vor OP	1 = Ja, genug, 2 = Zu wenig, 3 = Keine	-1
feld_33	Operateur: Zeit für offene Fragen nach OP	1 = Ja, genug, 2 = Zu wenig, 3 = Keine	-1
feld_34	Anästhesist: Aufklärung über Ablauf	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_35	Anästhesist: Aufklärung über Risiken	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_36	Anästhesist: Keine Angst vor Narkose	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_37	Anästhesist: Zeit für offene Fragen	1 = Ja, genug, 2 = Zu wenig, 3 = Keine	-1
feld_38	Team: Freundlichkeit	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_39	Team: Organisation	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_40	Team: Erklärung des organisatorischen Ablaufs	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_41	Ausstattung der Praxis	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_42	Gesamtbewertung des Eingriffs	1 = Seht gut bis 5 = Sehr schlecht	-1
feld_43	Wartezeit vor der OP	Zeit in Minuten als max. dreistellige	-1

		Zahl	
feld_44	Kurz vor der OP ruhig und entspannt	1 = Ja, 2 = Nein, -1 = Keine Erinnerung	-1
feld_45	Gute Versorgung im Aufwachraum	1 = Ja, 2 = Nein, -1 = Keine Erinnerung	-1
feld_46	Ruhe im Aufwachraum	1 = Ja, 2 = Nein, -1 = Keine Erinnerung	-1
feld_47	Schmerzmittel am Tag der OP	1 = Ja, 2 = Nein, -1 = Keine Erinnerung	-1
feld_48	Begleitung auf dem Heimweg	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_49	Transport nach Hause nach OP	1 = PKW, 2 = Krakentransport, 3 = Öffentliche Verkehrsmittel, 4 = Taxi, 5 = Sonstiges	-1
feld_50	Beschwerden: Übelkeit	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_51	Beschwerden: Kreislaufprobleme	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_52	Beschwerden: Schlafprobleme	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_53	Beschwerden: Kopfschmerzen	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_54	Beschwerden: Halsschmerzen	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_55	Beschwerden: Muskelschmerzen	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_56	Beschwerden: Wundschmerzen bis 3. Tag	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_57	Beschwerden: Wundschmerzen nach 3. Tag	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_58	Beschwerden: Schwellung nach 5. Tag	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_59	Beschwerden: Stuhlgang	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_60	Beschwerden: Wasserlassen	0 = 0 bis 10 = 10	-1
feld_61	Entzündung der Wunde	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_62	Behandlung der Entzündung: Keine	1 = Ausgewählt	-1
feld_63	Behandlung der Entzündung: Medikamente	1 = Ausgewählt	-1
feld_64	Behandlung der Entzündung: Spülung	1 = Ausgewählt	-1
feld_65	Behandlung der Entzündung: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_66	Thrombose	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_67	Behandlung der Thrombose: Keine	1 = Ausgewählt	-1
feld_68	Behandlung der Thrombose: Kompression	1 = Ausgewählt	-1
feld_69	Behandlung der Thrombose: Medikamente	1 = Ausgewählt	-1
feld_70	Behandlung der Thrombose: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_71	Bluterguss	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_72	Behandlung des Bluterguss: Keine	1 = Ausgewählt	-1
feld_73	Behandlung des Bluterguss: Salbenverband	1 = Ausgewählt	-1
feld_74	Behandlung des Bluterguss: Punktion	1 = Ausgewählt	-1
feld_75	Behandlung des Bluterguss: Sonstiges	1 = Ausgewählt	-1
feld_76	Notfallmäßig einen anderen Arzt aufsuchen	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_77	Arzt war jederzeit erreichbar	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_78	Ausreichende Betreuung zu Hause	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_79	Ausreichende Medikamente zu Hause	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_80	Verbesserungsbedarf: Freundlichkeit Team	1 = Ausgewählt	-1
feld_81	Verbesserungsbedarf: Freundlichkeit OP-Personal	1 = Ausgewählt	-1
feld_82	Verbesserungsbedarf: Beratung Operateur	1 = Ausgewählt	-1
feld_83	Verbesserungsbedarf: Beratung Anästhesist	1 = Ausgewählt	-1
feld_84	Verbesserungsbedarf: Betreuung Operateur	1 = Ausgewählt	-1
feld_85	Verbesserungsbedarf: Betreuung Anästhesist	1 = Ausgewählt	-1
feld_86	Verbesserungsbedarf: Betreuung nach OP	1 = Ausgewählt	-1
feld_87	Verbesserungsbedarf: Nachsorge	1 = Ausgewählt	-1
feld_88	Verbesserungsbedarf: Wartezeiten Praxis	1 = Ausgewählt	-1
feld_89	Verbesserungsbedarf: Wartezeit OP-Termin	1 = Ausgewählt	-1
feld_90	Verbesserungsbedarf: Sauberkeit	1 = Ausgewählt	-1
feld_91	Verbesserungsbedarf: Tel. Erreichbarkeit	1 = Ausgewählt	-1
feld_92	Würde sich wieder ambulant operieren lassen	1 = Ja, 2 = Nein	-1
feld_93	Würde Praxisklinik weiterempfehlen	1 = Ja, 2 = Nein	-1

5. Unterschrift

Die KVB und medicaltex bestätigen die Zweckmäßigkeit und die Richtigkeit vorstehender Angaben.

München, den

München, den

.....
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Eisenheimerstr. 39
80687 München

.....
medicaltex GmbH
Enhuberstraße 3b
80333 München

Abschnitt 2

Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - Strukturqualität – Umsetzung zum 01.10.2008

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Geräteparameter und regelmäßige Wartung).
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes mittels einer computergestützten Fachprüfung.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit der Ultraschallgenehmigung für den Anwendungsbereich 11.1 - geburtshilfliche Basisdiagnostik -, Anwendungsklasse VII der derzeit gültigen Ultraschallvereinbarung.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung (siehe Anlage 2.1).
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt (siehe Anlage 2.2). Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung (siehe Anlage 2.3). Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden (siehe Abschnitt 5.a).
- e. **Fachprüfung.** Erfolgreiche Teilnahme an einer standardisierten Fachprüfung, die durch die KVB ausgewählt wurde. Die Teilnahme an dieser Fachprüfung hat erstmalig innerhalb des Teilnahmequartals zu erfolgen. Die Prüfung gilt für fünf Jahre. Der Teilnehmer hat maximal zwei Prüfungsversuche.

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungs-

erklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.

- c. **Erneute Zertifizierung.** Spätestens fünf Jahre nach der erfolgreichen Teilnahme an einer Fachprüfung nach Abschnitt 3e) muss der teilnehmende Arzt eine ebensolche Fachprüfung erneut absolvieren. Die Prüfung hat innerhalb des gleichen Quartals wie die Vorgängerprüfung zu erfolgen.

5. Pflichten der KVB

- a. **Zertifizierung.** Die KVB übernimmt die Zertifizierung der Hersteller, Verkäufer und Wartungsdienstleister. Eine Zertifizierung wird dann ausgestellt, wenn die Anbieter sich dazu verpflichten, die Prüfvorgaben der KVB (Anlage 2.4) anzuerkennen und zu befolgen. Zur Überprüfung dieser Verpflichtung gewähren die Anbieter der KVB das Recht auf Stichprobenprüfung durch dazu beauftragte Dritte.
- b. **Informationspflichten.** Die KVB veröffentlicht regelmäßig eine überprüfte Liste mit allen zertifizierten Anbietern im frei zugänglichen Internet. Spätestens zwölf Wochen vor Ablauf der Frist zur erneuten Zertifizierung nach Abschnitt 4c) muss die KVB den teilnehmenden Arzt über seine Prüfungsverpflichtung informieren. Darüber hinaus bestehen keine weiteren Informationspflichten der KVB gegenüber den teilnehmenden Ärzten.
- c. **Bereitstellung Fachprüfung.** Die KVB gewährleistet, dass die Fachprüfung den Ärzten zur Verfügung gestellt wird.

(Vgl. Protokollnotiz Nr. 4)

6. Leistungsumfang

Die EBM-Leistungen 01770 und 01772 werden unter den in Punkt 3 und 4 beschriebenen zusätzlichen fachlichen und gerätetechnischen Qualitätsanforderungen erbracht.

7. Abrechnung und Vergütung

- a. Die EBM-Nummer 01770 wird abweichend von Anlage B II Nr. 7 dieser Anlage mit einer Pauschale in Höhe von 120,00 € vergütet.
- b. Die EBM-Nummer 01772 wird abweichend von Anlage B II Nr. 7 dieser Anlage mit einer Pauschale in Höhe von 42,85 € vergütet.
- c. Die Leistungen werden in VDX auf Einzel-GOP Ebene unter den Nummern 01770A bzw. 01772A ausgewiesen (Konto 550, Kap. 1, Abschnitt 7).

8. Anlagen

- Anlage 2.1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 2.2: Geräteanforderungen lt. DEGUM Klasse 1
- Anlage 2.3: Gewährleistungserklärung
- Anlage 2.4: Vorgaben zur Sondenwartung für Dienstleister
- Anlage 2.5: Evaluationskonzept (wird nachgereicht) (wird nachgereicht)

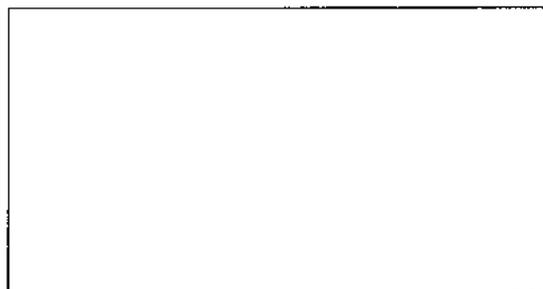
Aus Außenwirkungsgründen wurden gegenüber den Ärzten die Anlagen 2.1 – 2.4 wie folgt umbenannt:

Anlage 2.1 ist Anlage T

Anlage 2.2 und 2.3 wurden zusammengefasst und sind Anlage G

Anlage 2.4 ist Anlage W

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

**Teilnahmeerklärung
am Qualitätsprogramm „SonoBaby“**

Name, Vorname des Gerätebetreibers: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassene Arzt seit/ ab: _____

Ich bin angestellter Arzt bei _____ seit/ ab: _____

Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ* _____ (Name des MVZ) angestellter Arzt/
Vertragsarzt/ leitender Arzt (nicht zutreffendes bitte streichen) seit/ ab: _____

* Wenn Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ tätig sind, so führen Sie bitte auf dem Beiblatt im Anhang alle dort tätigen Ärzte auf, die die gemeldeten Sonographiegeräte benutzen.

Die geburtshilflichen Sonographien werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

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

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Qualitätsprogramm „SonoBaby“.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- a) ich über eine Sonographie-Genehmigung (Anwendungsklasse VII) für den Anwendungsbereich 11.1 – geburtshilfliche Basisdiagnostik – gemäß der derzeit gültigen Ultraschallvereinbarung verfüge. Die KVB hat mir einen entsprechenden Bescheid erteilt.
- b) ich alle Geräte und Sonden in meinen Betriebsstätten der KVB gemeldet habe, sofern ich dort an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme.

- c) mindestens eines der oben gemeldeten Geräte den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 oder höher genügt (vgl. Anlage G).
- d) die letzte Wartung von Gerät und Sonden nach Buchstabe c) innerhalb der letzten 365 Kalendertage erfolgt ist (bitte Wartungsnachweis und Anlage W „Protokoll der apparativen Qualitätsprüfung durch Wartung“ beifügen), oder dass mein Neugerät nach Buchstabe c) nicht älter ist als zwei Jahre (bitte Kaufbeleg beifügen).
- e) ich meine fachlichen Kenntnisse mit Hilfe eines von der KVB bereitgestellten internetbasierten Programms nachweise.

Hinweise:

- a) Sofern in einzelnen Betriebsstätten ausschließlich Geräte vorgehalten werden, die nicht den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügen, so kann hier nur der reguläre Satz abgerechnet werden.
- b) Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin dieses Vertrages wird rechtzeitig über die Möglichkeit der entsprechenden Fachprüfung und deren Ablauf informiert.
- c) Ist der teilnehmende Arzt bereits nach DEGUM Klasse 2 oder 3 zertifiziert, so muss er die Fachwissensprüfung nicht absolvieren – die Fachwissensprüfung wird diesen Ärzten von der KVB als bestanden anerkannt. Jedoch werden die DEGUM Klasse 2 und 3 zertifizierten Ärzte nicht davon entbunden uns die Mindestgerätequalität ihrer Sonographiegeräte anzuzeigen sowie uns einen Nachweis über die Gerätewartung (Zweijahresrhythmus) zu übersenden.
- d) Innerhalb des 4. Quartals 2008 besteht die Möglichkeit, die Fachwissensprüfung **zweimal zu durchlaufen**. Danach kann der Arzt die Fachwissensprüfung **nur noch zweimal pro Kalenderhaibjahr** absolvieren. Das bedeutet der Teilnehmer bekommt immer am **1.1.(2009)** und immer am **1.7.(2009) zwei Versuche („Credits“)** gutgeschrieben. Sind die Credits verbraucht, so muss der Arzt auf die Gutschrift der neuen Credits warten. Die Fachwissensprüfung kann erst nach Gutschrift der neuen Credits erneut absolviert werden. Nicht benutzte Credits verfallen.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Hiermit verpflichte ich mich,

- a) alle meine Geräte und Sonden, die die Voraussetzungen nach Ziffer 2 b) erfüllen, spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB akkreditierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister überprüfen zu lassen. Es unterliegt meiner Verantwortung, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist das erneuerte „Protokoll der apparativen Qualitätsprüfung durch Wartung“ (Anlage W) durch einen von der KVB akkreditierten Hersteller/ Wartungsdienstleister eingereicht wird.
- b) jede Veränderung am Gerät oder den Sonden der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen mitzuteilen und mittels „Gewährleistungserklärung über die apparative Mindestgerätequalität“ (Anlage G) oder mittels „Protokoll der apparativen Qualitätsprüfung durch Wartung“ (Anlage W) zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, der Austausch oder die Stilllegung von Geräten oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c) spätestens fünf Jahre nach der erfolgreichen Teilnahme an einer initialen fachlichen Prüfung nach Ziffer 2 e) diese erneut zu absolvieren. Die Prüfung hat innerhalb desselben Quartals wie die Vorgängerprüfung zu erfolgen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass

- a) ich als zertifizierte(r) Arzt/ Ärztin über die Arzt- und Psychotherapeutenuche im KVB-Internet unter www.kvb.de veröffentlicht werde. Das heißt, ich bin damit einverstanden, dass die KVB neben meinen dort bisher zur Verfügung gestellten Daten auch meine erfolgreiche Zertifizierung aufführt. Ich wurde darüber informiert, dass ich der Veröffentlichung meiner Daten im Internet widersprechen darf.
- b) ich als zertifizierte(r) Arzt/ Ärztin auf der neuen Homepage für Patienten www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de veröffentlicht werde. Ich wurde darüber informiert, dass ich der Veröffentlichung meiner Daten im Internet widersprechen darf.
- c) die KVB gegenüber den am Qualitätsprogramm teilnehmenden Kassen regelmäßig, mindestens halbjährlich, über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

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

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift/ Stempel teilnehmender Arzt

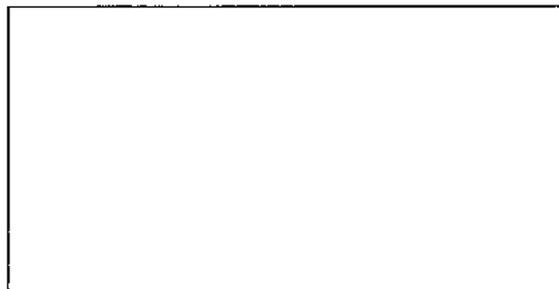
zusätzlich bei teilnehmenden angestellten Ärzten:

Unterschrift/ Stempel MVZ-Leiter/ anstellender Vertragsarzt
Die folgenden Kolleginnen und Kollegen in meiner Gemeinschaftspraxis/ MVZ benutzen ebenfalls die gemeldeten Sonographiegeräte:

Name, Vorname: _____
ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)
Name, Vorname: _____
ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)
Name, Vorname: _____
ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)
Name, Vorname: _____
ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____ (lebenslange Arztnummer)

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift/ Stempel Arzt/ Ärzte oder Vertretungsberechtigter MVZ

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Gewährleistungserklärung über die apparative Mindestgerätequalität

Name, Vorname des Gerätebetreibers: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin angestellter Arzt bei _____ seit/ ab: _____

Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ* _____ (Name des MVZ) angestellter Arzt/
Vertragsarzt/ leitender Arzt (nicht zutreffendes bitte streichen) seit/ ab: _____

* Wenn Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ tätig sind, so führen Sie bitte auf dem Beiblatt im Anhang alle dort tätigen Ärzte auf, die die gemeldeten Sonographiegeräte benutzen.

Die Sonographiegeräte folgender Betriebsstätte/n erfüllen die geforderte Mindestgerätequalität:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als eine Betriebsstätte)

1. _____
(Adresse)

soweit bereits vergeben BSNR: _____ (Betriebsstättennummer)

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird die folgende Apparatur eingesetzt:

(Bitte für jedes Gerät ein gesondertes Formular verwenden)

Herstellerfirma:

1. _____
(Adresse)

Geräte-Bezeichnung:

2. _____
(Name nach Typenschild)

Geräte-Nummer:

3. _____
(Seriennummer)

Baujahr:

4. _____

Schallsonden:

5.

(Frequenz, Fokusbereich, Scan-Modus)

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

Bestätigung durch den akkreditierten Wartungsdienstleister:

Wir bestätigen, dass das aufgeführte Ultraschalldiagnostikgerät mit der (den) angegebenen Option(en) und Schallköpfen die geforderten Kriterien der KVB erfüllt. Eine Prüfung der Mindestgerätequalitätskriterien ist durch uns erfolgt.

Das oben genannte Gerät entspricht folgender DEGUM-Geräteklasse:

DEGUM Geräteklasse 1 DEGUM Geräteklasse 2 DEGUM Geräteklasse 3

_____, den _____
Ort Datum KVB Akkreditierungsnummer

Unterschrift/ Stempel Wartungsdienstleister

Die folgenden Kolleginnen und Kollegen in meiner Gemeinschaftspraxis/ MVZ benutzen ebenfalls die gemeldeten Sonographiegeräte:

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

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

Mindestgerätequalität nach DEGUM Geräteklasse 1 - gültig ab 1. Oktober 2008:

Teilnahmeberechtigt ist ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.

Hinweis: Der Nachweis der Mindestgerätequalität gilt zunächst nur für den Anwendungsbereich der geburtshilflichen Basisdiagnostik. Sobald andere Anwendungsbereiche folgen, werden wir Sie umgehend darüber informieren.

Kriterium/ Parameter	Referenzwerte	Erfüllt*	Nicht erfüllt*
Signalverarbeitung	256 Graustufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dynamik einstellbar	> oder = 60 dB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsarten/ technische Möglichkeiten	B / M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orts- Zeitauflösung	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auflösung Farbduplex	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequenzbereich B / M	2,5 – 7,5 MHz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenelemente	- 128 für Linear und Konvex Arrays für Standardsonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- 32 für Phased Array Sonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hinweis: Elementzahl bei Linear-Konvex abhängig von Scanfläche Elementzahl bei Phased Array Hersteller bedingt		
Bildrate mindestens	> 12 B / s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenanschlüsse	1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation	s / w Printer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S-VHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

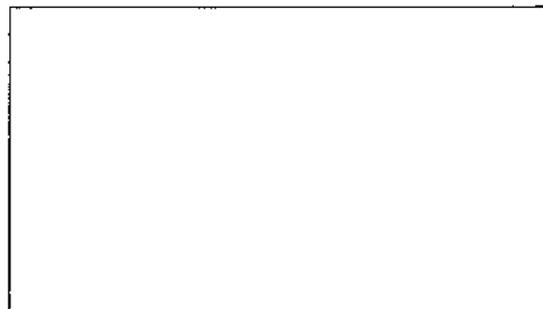
Kriterium/ Parameter	Referenzwerte	Erfüllt*	Nicht erfüllt*
Sondenauswahl:	Linear / small parts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendbare Sondentypen und Optionen sind unter den Gerätenamen mit entsprechenden Nummern aufgeführt	Konvex Array	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phased Array	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mech. Sektorsonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotechnik Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotechnik Gyn / OB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endotechnik Gastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laposkopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ob das vorgehaltene Sonographiegerät den Anforderungen der KVB und damit der DEGUM Klasse 1 entspricht oder nicht muss der akkreditierte Wartungsdienstleister überprüfen und mittels Unterschrift auf Seite 2 der Anlage G bestätigen.

Wichtige Hinweise:

- Eine aktuelle Übersicht, welche Geräte den Anforderungen der Geräteklasse 1 nach DEGUM genügen, finden Sie im Internet unter: <http://www.degum.de/9.html>
- Die nach den DEGUM Kriterien zertifizierten Firmen und Geräte sind im Internet unter: <http://www.degum.de/388.html> alphabetisch aufrufbar. Dort sind die Gerätemodelle in Stufe 1-2-3 gelistet. Unter Legende sind die technischen Anforderungen für Stufe 1-2-3 abrufbar.
- Für das Qualitätsprogramm **SonoBaby** sind lediglich die Geräte laut Liste 1 und 4 ausschlaggebend. In Geräteliste 4 sind alle Geräte gelistet, die den Anforderungen genügen, aber nicht mehr in der Produktion sind. Die in Liste 2 (alle Geräte für den Augenarzt) und in Liste 3 (alle Geräte für den Dermatologen) aufgeführten Geräte sind für das Qualitätsprogramm SonoBaby nicht bedeutend.
- Falls der Arzt ein Gerät vorhält, welches nicht bei der DEGUM gelistet ist oder eines Ihrer Geräte nicht oder falsch gelistet sein sollte, so wenden Sie sich bitte direkt an den Arbeitskreis Ultraschallsysteme der DEGUM (zuständige Ansprechpartner siehe Deckblatt „DEGUM Gerätelisten“). Die DEGUM nimmt eine unabhängige Prüfung vor und entscheidet letztlich darüber, ob das Gerät den Qualitätsanforderungen der KVB entspricht. Für jedes Sonographiegerät ist eine eigene Geräteanforderung (Anlage G) auszufüllen.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Protokoll der apparativen Qualitätsprüfung durch Wartung

Name, Vorname des Gerätebetreibers: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin angestellter Arzt bei _____ seit/ ab: _____

Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ* _____ (Name des MVZ) angestellter Arzt/
Vertragsarzt/ leitender Arzt (nicht zutreffendes bitte streichen) seit/ ab: _____

* Wenn Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ tätig sind, so führen Sie bitte auf dem Beiblatt im Anhang alle dort tätigen Ärzte auf, die die gemeldeten Sonographiegeräte benutzen.

Die Sonographiegeräte folgender Betriebsstätte/n wurden gewartet:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als eine Betriebsstätte)

1. _____
(Adresse)

soweit bereits vergeben BSNR: _____ (Betriebsstättennummer)

Datum der Wartung: _____

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird die folgende Apparatur eingesetzt:

(Bitte für jedes Gerät ein gesondertes Formular verwenden)

Herstellerfirma:

1. _____
(Adresse)

Geräte-Bezeichnung:

2. _____
(Name nach Typenschild)

Geräte-Nummer

3. _____
(Seriennummer)

Baujahr:

4. _____

Schallsonden:

5. _____
(Frequenz, Fokusbereich, Scan-Modus)

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Wir bestätigen, dass das aufgeführte Ultraschalldiagnostikgerät mit der (den) angegebenen Option(en) und Schallköpfen gemäß den Wartungsempfehlungen der KVB überprüft wurde. Das genannte Ultraschalldiagnostiksystem erfüllt alle im folgenden aufgeführten Kriterien ohne Beanstandung.

1. Prüfung „Hygiene“
2. Prüfung „Elektrische Betriebssicherheit“
3. Prüfung „Betrachtungsmonitor“
4. Prüfung „Geräte- und Sonden mittels Prüfphantom“

Erforderliche Instandsetzung:

(Falls erforderlich bitte für jedes Gerät ein gesondertes Beiblatt verwenden)

Wir wurden darüber in Kenntnis gesetzt, die Prüfprotokolle (Messergebnisse und Prüfungsbilder sind in digitaler Form vorzuhalten) über den Zeitraum der Nutzung des Ultraschalldiagnostiksystems aufzubewahren. Auf Verlangen kann die KVB oder eine durch die KVB befugte Person die Prüfprotokolle (inkl. Messergebnisse und Prüfungsbilder) einsehen.

_____, den _____
Ort Datum

KVB Akkreditierungsnummer

Unterschrift/ Stempel Wartungsdienstleister

Die folgenden Kolleginnen und Kollegen in meiner Gemeinschaftspraxis/ MVZ benutzen ebenfalls die gemeldeten Sonographiegeräte:

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname: _____

ANR: _____ und soweit bereits vergeben **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

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

Abschnitt 3

Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - Prozess- und Ergebnisqualität – Umsetzung zum 01.07.2008

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Prozess- und Ergebnisqualität der Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge. Dazu wird eine elektronische Dokumentation jeder in der Komplexziffer 01770 festgelegten Ultraschalluntersuchung laut der jeweils gültigen Mutterschaftsrichtlinie¹ über das von der KVB bereitgestellte Online-Portal etabliert.

Die dokumentierten Daten werden zu folgenden Zwecken genutzt:

- a. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte.
- b. Automatische Generierung eines verständlich formulierten Patientenbriefs zum Ausdruck und zur Einlage in den Mutterpass.
- c. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit der Ultraschallgenehmigung für den Anwendungsbereich 11.1 - geburtshilfliche Basisdiagnostik -, Anwendungsklasse VII der derzeit gültigen Ultraschallvereinbarung.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Einsendung der Teilnahmeerklärung (siehe Anlage 3.1)

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. Elektronische Dokumentation jeder Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge laut Mutterschaftsrichtlinie mittels des von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportals im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung. Das Dokumentationsportal ist ab 01.07.2008 online und über KV-SafeNet erreichbar.
- b. Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten.
- c. Aushändigung des Patientenbriefs an die Patientin im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung.

5. Leistungsumfang

Die EBM-Leistung 01770 wird unter den in Punkt 3 und 4 beschriebenen zusätzlichen Anforderungen an die Dokumentation erbracht.

¹ In der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 13. September 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 239: S. 8 326 vom 21. Dezember 2007, in Kraft getreten am 01. Januar 2008.

6. Abrechnung und Vergütung

- a. Zusätzlich zur EBM-Nummer 01770 wird ein Zuschlag in Höhe von 8,00 € vergütet. Dazu ist die Abrechnungsnummer 01770Z anzusetzen.
- b. Die KVB prüft, ob die Anzahl der eingereichten Dokumentationen mit der Anzahl der abgerechneten Leistungen übereinstimmt.
- c. Die Leistungen werden in VDX auf Einzel-GOP Ebene ausgewiesen (Konto 550, Kap.1, Abschnitt 7).

7. Anlagen

- Anlage 3.1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 3.2: Datenflussdiagramm
- Anlage 3.3: Evaluationskonzept (wird nachgereicht)

Anlage 3.1

Kassenärztliche Vereinigung
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

**Teilnahmeerklärung
an dem Qualitätsprogramm Sonographie im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge
- Prozess- und Ergebnisqualität -**

nach Teil B Abschnitt 3 der Anlage K zum 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag
zwischen dem BKK Landesverband Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ ODER – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis/ Gemeinschaftspraxis (*nicht zutreffendes bitte streichen*) niedergelassener
Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ _____ (*Name des MVZ*) angestellter Arzt/
Vertragsarzt/ Ärztlicher Leiter (*nicht zutreffendes bitte streichen*) seit/ ab:

**Die geburtshilflichen Basis-Sonographien werden in folgender/en Betriebsstätte/n er-
bracht:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

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

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Qualitätsprogramm im Rahmen der Mutterschafts-
vorsorge - Prozess- und Ergebnisqualität.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- a) dass ich über eine Sonographie-Genehmigung für den Anwendungsbereich 11.1 – Ge-
burtshilfliche Basisdiagnostik gemäß der derzeit gültigen Ultraschall-Vereinbarung verfü-
ge – die KVB hat mir einen entsprechenden Bescheid erteilt.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Hiermit verpflichte ich mich,

- a) einen KV-SafeNet-Anschluss in meiner Praxis bereitzustellen.
- b) zur vollständigen Bearbeitung des elektronischen Dokumentationsbogens in dem von
der KVB bereitgestellten Online-Portal für die geburtshilfliche Basis-Sonographie inner-
halb von fünf Tagen nach der Untersuchung, mittels KV-SafeNet.

- c) zur Übermittlung des vollständig ausgefüllten elektronischen Dokumentationsbogens gemäß Leistungskatalog an die KVB.
- d) aktiver Umgang mit dem Feedbacksystem der KVB-Dokumentation.
- e) dass ich meinen Patientinnen den automatisch generierten Patientenbrief im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung aushändige (Funktion ab 01.10.2008 verfügbar).

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich,

- a) dass ich als Teilnehmer des Qualitätsprogramms namentlich im Internet der KVB veröffentlicht werde. Als Arzt werden Sie durch die Teilnahme bei uns zertifiziert und auch in der Arztsuche unter www.kvb.de als Teilnehmer am Programm gekennzeichnet. So können Sie die Qualität Ihrer Leistung Ihren Patienten gegenüber darstellen.
- b) dass die erhobenen Daten im Rahmen des Qualitätsprogramms in aggregierter Form für wissenschaftliche Zwecke evaluiert und veröffentlicht werden.
- c) dass die KVB gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen regelmäßig, mindestens halbjährlich, über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange - berichtet.

5. **Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung** und bestätige mein Einverständnis zu den unter Punkt 4, Buchstaben a und c vorgesehenen Datenübermittlungen und der Datennutzung nach Buchstabe b.

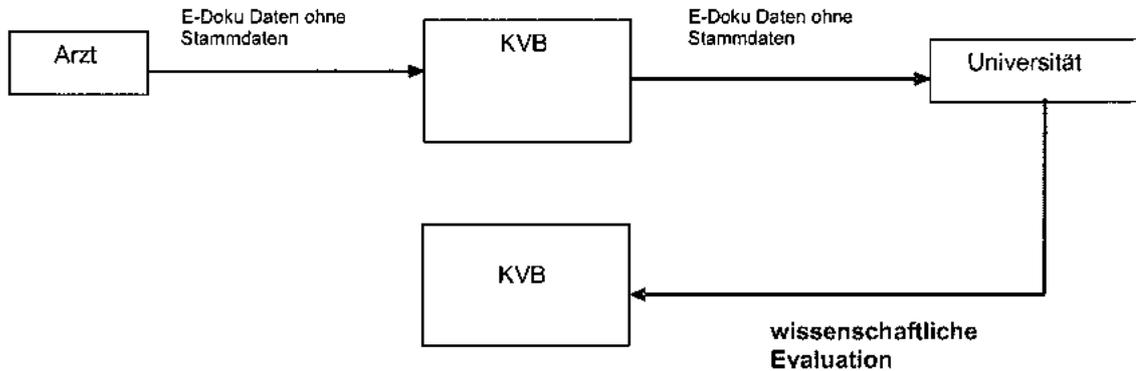
_____, den _____, _____
 Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei teilnehmenden angestellten Ärzten:

 Unterschrift Ärztlicher Leiter MVZ-Leiter/anstellender Vertragsarzt

Elektronische Dokumentation der Sonographie in der Schwangerschaftsvorsorge

Datentransfers – Graphische Darstellung



Übersicht

ARZT

Aufgaben

- meldet sich für Pilotprojekt bei KVB an
- erbringt die Leistung
- füllt eDoku aus
- händigt Patientinnenbrief an Patienten aus (ab 01.10.08)
- schickt ausgefüllten Arztfragebogen an KVB via KVSafeNet
- erhält quartalsweise den Auswertungsbericht im Portal (ab 01.10.2008)

Vertragliche Beziehungen

- Genehmigung zur Teilnahme mit KVB

KVB

Aufgaben

- verarbeitet Genehmigung zur Teilnahme des Arztes
- bearbeitet Quartalsabrechnung
- überweist Zusatzpauschale an Arzt
- schickt anonymisierte Abrechnungsdaten an Universität für wissenschaftliche Evaluation
- Stellt Auswertungen wie vertraglich vereinbart der BKK zur Verfügung
- speichert Daten
- liefert anrechnungspauschale (GOP)
- speichert Daten
- speichert notwendige Merkmale medizinische Einzelheiten

Vertragliche Verpflichtungen

- Vertrag mit Krankenkasse
- Kooperationsvertrag für wissenschaftliche Evaluation mit Universität

UNIVERSITÄT

Aufgaben

- erhält alle anonymisierte Daten
- führt wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts durch
- Publiziert aggregierte Ergebnisse der Evaluation

Vertragliche Beziehungen

- Kooperationsvertrag mit KVB

Teil C

Qualitätssicherungsmaßnahmen,

die umgesetzt werden sobald die entsprechenden technischen Voraussetzungen geschaffen sind und/oder die Vertragspartner sich einvernehmlich auf die finalen Inhalte, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Laufzeit geeinigt haben.

Die Anlage L wird dazu jeweils bei In-Kraft-Treten der einzelnen Qualitätsmaßnahmen in der dann gültigen Fassung bekannt gegeben.

Abschnitt 1

Qualitätssicherung Gastroskopie

1. Grundsatz

Durch die Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope und die Strukturverträge haben die Vertragspartner in der Vergangenheit bereits die Strukturqualität im Bereich der Endoskopen erhöht. Ziel der Vertragspartner ist es nun, darauf aufbauend die Versorgungsqualität im Bereich der ambulant durchgeführten gastrokopischen Leistungen weiter zu fördern. Dazu werden bewährte Elemente beibehalten und durch neue Maßnahmen gezielt ergänzt:

- a. Nachweis der fachlichen Routine durch Mindestfallzahlen.
- b. Nachweis der Strukturqualität durch Beteiligung an den Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope.
- c. Die elektronische Dokumentation aller gastrokopischen Untersuchungen über das von der KVB bereitgestellte Online-Portal zeitnah zur Untersuchung

Die dokumentierten Daten werden zu folgenden Zwecken genutzt:

- a. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte.
- b. Verbesserung des Austauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser.
- c. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die zur Abrechnung der Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie (GOP 13400 EBM) berechtigt sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Vorlage eines Hygienezertifikats der KVB

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Halbjährlicher Nachweis des Hygienezertifikats der KVB.
- b. Nachweis von mindestens 100 abgerechneten und anerkannten Untersuchungen (13400 EBM) pro Abrechnungsquartal für GKV-Versicherte.

- c. Elektronische Dokumentation aller durchgeführten gastrokopischen Leistungen nach 6. mittels des von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportals. Die Dokumentation hat zeitnah zur Untersuchung zu erfolgen, d.h. sie muss der KVB spätestens 5 Arbeitstage nach dem Leistungsdatum vorliegen. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte schriftlich, sobald die technischen Voraussetzungen für die Dokumentation geschaffen wurden. Die Dokumentation der Leistungen muss ab dem Folgequartal erfolgen.
- d. Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten.

5. Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die KVB führt folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen durch:

- a. Zur Feststellung des Status quo wird innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten dieses Abschnitts eine Stichprobenprüfung bei 10 % der teilnehmenden Leistungserbringer durchgeführt. Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgt nach sinnvollen Kriterien wie z.B. Abrechnungszahlen, Praxisstrukturen durch die KVB. Bei diesen Ärzten werden zu 5 % der abgerechneten Fälle des letzten vorliegenden Abrechnungsquartals die Dokumentationen aus der Praxis angefordert. Die KVB überprüft dabei die ordnungsgemäße Dokumentation der Leistung (siehe Anlage 6.2). Bei Mängeln in der Stichprobenprüfung erfolgt eine schriftliche Beratung des Arztes und eine erneute Stichprobenprüfung im Folgequartal.
- b. Des weiteren entwickelt die KVB auf Basis der elektronisch erhobenen Dokumentationsdaten Kennzahlen (Aufgreifkriterien), die quartalsweise automatisiert ausgewertet werden. Nach diesen Kriterien auffällige Ärzte werden mit einer Stichprobenprüfung im Umfang von 5 % der Fälle des ausgewerteten Abrechnungsquartals geprüft. Bei Mängeln in der Stichprobenprüfung erfolgt eine schriftliche Beratung des Arztes und eine erneute Stichprobenprüfung im Folgequartal. Bei erneuten Mängeln erfolgt ein Ausschluss aus dem Vertrag ab dem Folgequartal. Eine erneute Teilnahme ist frühestens nach 2 Quartalen möglich.

Abschnitt 2

Qualitätssicherung flexible Bronchoskopie

1. Grundsatz

Durch die Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope und die Strukturverträge haben die Vertragspartner in der Vergangenheit bereits die Strukturqualität im Bereich der Endoskopien erhöht. Ziel der Vertragspartner ist es nun, darauf aufbauend die Versorgungsqualität im Bereich der ambulant durchgeführten bronchoskopischen Leistungen weiter zu fördern. Dazu werden bewährte Elemente beibehalten und durch neue Maßnahmen gezielt ergänzt:

- Nachweis der Strukturqualität durch Beteiligung an den Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die zur Abrechnung der flexiblen Bronchoskopie berechtigt sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Vorlage eines Hygienezertifikats der KVB

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die sofort nach Teilnahme wirksam werden:

Halbjährlicher Nachweis des Hygienezertifikats der KVB

Abschnitt 3

Qualitätssicherung flexible Thorakoskopie

1. Grundsatz

Durch die Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope und die Strukturverträge haben die Vertragspartner in der Vergangenheit bereits die Strukturqualität im Bereich der Endoskopien erhöht. Ziel der Vertragspartner ist es nun, darauf aufbauend die Versorgungsqualität im Bereich der ambulant durchgeführten Leistungen der Thorakoskopie weiter zu fördern. Dazu werden bewährte Elemente beibehalten und durch neue Maßnahmen gezielt ergänzt:

- Nachweis der Strukturqualität durch Beteiligung an den Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die zur Abrechnung der flexiblen Thorakoskopie berechtigt sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Vorlage eines Hygienezertifikats der KVB

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die sofort nach Teilnahme wirksam werden:

Halbjährlicher Nachweis des Hygienezertifikats der KVB

Abschnitt 4

Qualitätssicherung flexible Laryngoskopie

1. Grundsatz

Durch die Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope und die Strukturverträge haben die Vertragspartner in der Vergangenheit bereits die Strukturqualität im Bereich der Endoskopien erhöht. Ziel der Vertragspartner ist es nun, darauf aufbauend die Versorgungsqualität im Bereich der ambulant durchgeführten Leistungen der Laryngoskopie weiter zu fördern. Dazu werden bewährte Elemente beibehalten und durch neue Maßnahmen gezielt ergänzt:

- Nachweis der Strukturqualität durch Beteiligung an den Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die zur Abrechnung der flexiblen Laryngoskopie berechtigt sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Vorlage eines Hygienezertifikats der KVB

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die sofort nach Teilnahme wirksam werden:

Halbjährlicher Nachweis des Hygienezertifikats der KVB

Abschnitt 5

Qualitätssicherung teilkoloskopischer Komplex

1. Grundsatz

Durch die Hygienemaßnahmen und die Dokumentation der ambulanten kurativen und präventiven Koloskopien wurden in den vergangenen Jahren bereits erfolgreich Maßnahmen etabliert, um die Strukturqualität im Bereich der Koloskopie zu verbessern und Transparenz über die Versorgungssituation zu schaffen. Dabei wurde der Leistungsbereich der Teilkoloskopie jedoch noch nicht betrachtet. Ziel der Vertragspartner ist es daher, bereits etablierte Maßnahmen der Qualitätssicherung der kurativen und präventiven Koloskopie auch auf teilkoloskopische Leistungen zu erweitern. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- Nachweis der Strukturqualität durch Beteiligung an den Hygienemaßnahmen für flexible Endoskope
- die elektronische Dokumentation aller teilkoloskopischen Untersuchungen über das von der KVB bereitgestellte Online-Portal zeitnah zur Untersuchung

Die dokumentierten Daten werden zu folgenden Zwecken genutzt:

- a. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte.
- b. Verbesserung des Austauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser.
- c. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit einer Genehmigung zur Abrechnung der Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie (13422 EBM).

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Vorlage eines Hygienezertifikats der KVB

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Halbjährlicher Nachweis des Hygienezertifikats der KVB.
- b. Elektronische Dokumentation aller durchgeführten teilkoloskopischen Leistungen mittels des von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportals. Die Dokumentation hat zeitnah zur Untersuchung zu erfolgen, d.h. sie muss der KVB spätestens 5 Arbeitstage nach dem Leistungsdatum vorliegen. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte schriftlich, sobald die technischen Voraussetzungen für die Dokumentation geschaffen wurden. Die Dokumentation der Leistungen muss ab dem Folgequartal erfolgen.
- c. Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten.

Abschnitt 6

Qualitätssicherung Belastungs-EKG und / oder Stressechokardiographie

1. Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, die Qualität der ambulant durchgeführten Belastungs-EKG- und/ oder Streßechokardiographie-Untersuchungen zu fördern. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Der Nachweis einer geeigneten apparativen Ausstattung einschließlich deren regelmäßiger Wartung.
- b. Die Dokumentation der durchgeführten Belastungs-EKGs und/ oder Streßechokardiographien zum Verbleib in der Praxis.

Weiter ist vorgesehen, eine elektronische Dokumentation aller Belastungs-EKGs und/ oder Streßechokardiographien und die Übermittlung der erhobenen Daten an die KVB einzuführen. Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte.
- b. Verbesserung des Austauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser.
- c. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die zur Abrechnung der Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250 EBM) und der elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG) (GOP 13251 EBM) oder der Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545) und der Zusatzpauschale Kardiologie II (GOP 13550) berechtigt sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung.
- b. Nachweis eines Ergometers und eines Monitors.
Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten, so muss für jede Betriebsstätte, an der Belastungs-EKGs und/ oder Streßechokardiographien durchgeführt werden, ein geeignetes Gerät nachgewiesen werden. Der Gerätenachweis erfolgt mittels einer Gewährleistungserklärung.
- c. Vorhalten einer Notfallausrüstung bestehend aus:

- Defibrillator
- Notfallausrüstung zur Intubation (Ambubeutel, Laryngoskop, Endotrachealtubus, Führungsstab, Magill-Zange)
- Geräte zur Infusionstherapie (Infusionslösungen, Infusionsbestecke)
- Notfallmedikamente (z.B. Adenosin, Ajmalin, Atropin, Lidocain, Diazepam)
- Nasensonde zur Sauerstoffgabe.

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Nachweis einer regelmäßigen Wartung des Ergometers. Die Gewährleistungserklärung beim Kauf eines Neugerätes wird als erstmalige Wartung anerkannt.
- b. Dokumentation aller Belastungs-EKGs und/ oder Streßechokardiographien in der Praxis.
- c. Zeitnahe elektronische Dokumentation jeder Belastungs-EKG- und/ oder Stressechokardiographie-Untersuchung mittels des von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportals. Die Dokumentationspflicht beginnt ein Quartal nach der schriftlichen Information der Ärzte durch die KVB.
- d. Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten.
- e. Jede Veränderung am Elektrokardiographiegerät und/oder Ergometer ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung der Geräte ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.

5. Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die KVB führt folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen durch:

- a. Zur Feststellung des Status quo wird innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten dieses Abschnitts eine Stichprobenprüfung bei 10 % der teilnehmenden Leistungserbringer durchgeführt. Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgt nach sinnvollen Kriterien, wie z.B. Abrechnungszahlen, Praxisstrukturen durch die KVB. Bei diesen Ärzten werden zu 5 % der abgerechneten Fälle des letzten vorliegenden Abrechnungsquartals die Dokumentationen aus der Praxis angefordert. Die KVB überprüft dabei die ordnungsgemäße Dokumentation der Leistung (siehe Anlage 7.2). Bei Mängeln in der Stichprobenprüfung erfolgt eine schriftliche Beratung des Arztes und eine erneute Stichprobenprüfung im Folgequartal.
- b. Des Weiteren entwickelt die KVB auf Basis der elektronisch erhobenen Dokumentationsdaten Kennzahlen (Aufgreifkriterien), die quartalsweise automatisiert ausgewertet werden. Nach diesen Kriterien auffällige Ärzte werden mit einer Stichprobenprüfung im Umfang von 5 % der Fälle des ausgewerteten Abrechnungsquartals geprüft. Bei Mängeln in der Stichprobenprüfung erfolgt eine schriftliche Beratung des Arztes und eine erneute Stichprobenprüfung im Folgequartal. Bei erneuten Mängeln erfolgt ein Ausschluss aus dem Vertrag ab dem Folgequartal. Eine erneute Teilnahme ist frühestens nach 2 Quartalen möglich.

Abschnitt 7

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der weiterführenden Schwangerschaftsuntersuchungen

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der weiterführenden Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 8

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der Doppler-Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Kardiographie)

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Doppler-Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Kardiographie). Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 2 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 2 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 9

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der Doppler-Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Fetomaternale Gefäßsysteme)

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Doppler-Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (fetomaternale Gefäßsysteme). Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 2 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 2 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 10

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der Untersuchungen der weiblichen Brust

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Untersuchungen der weiblichen Brust. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 11

Qualitätssicherung Sonographie Abdomen und Retroperitoneum

1. Grundsatz

Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich Sonographie Abdomen und Retroperitoneum, die in 2006 eingeführt wurden, haben die Vertragspartner bereits erfolgreich Maßnahmen etabliert, um die Strukturqualität im Bereich der Sonographie zu verbessern. Ziel der Vertragspartner ist es nun, die Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums noch weiter zu fördern. Der bereits etablierte regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes mittels einer computergestützten Fachprüfung und der Nachweis der Qualität des verwendeten Sonographiegeräts wird dabei beibehalten. Ergänzt wird die regelmäßige Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 12

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der Urogenitaluntersuchungen beim Mann

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Urogenitaluntersuchungen beim Mann. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes mittels einer computergestützten Fachprüfung

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 13

Qualitätssicherung Sonographie im Rahmen der Untersuchung der weiblichen Genitalorgane

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Urogenitaluntersuchungen. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes mittels einer computergestützten Fachprüfung

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Zweijährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 14

Sonographie im Rahmen der Echokardiographieuntersuchungen

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist die Förderung der Strukturqualität der Sonographie im Bereich der Echokardiographie. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. Eine regelmäßige Überprüfung der Qualität der verwendeten Sonographiegeräte (Überprüfung von Gerät und Sonden sowie deren regelmäßige Wartung)
- b. Der regelmäßige Nachweis der fachlichen Qualifikation des sonographierenden Arztes

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte mit der Ultraschallgenehmigung

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. **Mindestgerätequalität.** Teilnahmeberechtigt ist ein Arzt nur dann, wenn er zumindest an einer seiner Betriebsstätten ein Gerät vorrätig hält, das zum Zeitpunkt der Anmeldung den Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 genügt. Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt für alle seine Betriebsstätten die dort vorgehaltenen Geräte und Sonden der KVB anzuzeigen.
- c. **Wartungsverpflichtung.** Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung hat der Arzt nachzuweisen, dass eine vollständige Geräte- und Sondenprüfung an allen unter b) definierten Sonographiegeräten, die die Anforderungen der DEGUM Geräteklasse 1 erfüllen, innerhalb der letzten 365 Kalendertage stattgefunden hat. Sofern es sich um ein Neugerät handelt, beginnt die zweijährige Wartungsfrist mit dem Nachweis des Kaufdatums.
- d. **Wartungsnachweis.** Die Anzeige der Geräte und der zweijährliche Wartungsnachweis erfolgen mittels der Gewährleistungserklärung. Diese Gewährleistungserklärung darf nur durch Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister ausgestellt werden, die durch die KVB geprüft und zertifiziert wurden.
- e. **Nachweis der fachlichen Qualifikation.**

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. **Jährliche Überprüfung.** Gerät und Sonden sind spätestens alle 730 Kalendertage durch einen von der KVB zertifizierten Hersteller, Verkäufer oder Wartungsdienstleister zu überprüfen. Der Arzt hat dabei selbst Sorge zu tragen, dass spätestens 14 Kalendertage nach Ablauf dieser Zweijahresfrist die erneuerte Gewährleistungserklärung durch einen von der KVB zertifizierten Anbieter eingereicht wird.
- b. **Meldeverpflichtung.** Jede Veränderung am Gerät oder den Sonden ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung von Gerät oder Sonden ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.
- c. **Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation**

Abschnitt 15

Qualitätssicherung Thoraxröntgen

1. Grundsatz

Mit den folgenden Maßnahmen beabsichtigen die Vertragspartner, die Qualität ambulant durchgeführter digitaler Röntgenaufnahmen des Thorax zu fördern. Zu diesem Zweck wird eine Überprüfung der fachlichen Fähigkeiten des Arztes eingeführt.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit Genehmigung für die Durchführung von:

- a. Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile (GOP 34220 EBM) und/oder
- b. Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane (Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene) (GOP 34240 EBM) und/oder
- c. Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane (Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen) (GOP 34241 EBM) und/oder
- d. Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung (Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen, Durchleuchtung(en) (BV/TV)) (GOP 34242 EBM)

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweise der fachlichen Qualifikation
- c. Nachweis eines digitalen Röntgengeräts

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation
- b. Jede Veränderung am Gerät ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung des Gerätes ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.

Abschnitt 16

Qualitätssicherung Röntgen / Hals-Nasen-Ohren

1. Grundsatz

Mit den folgenden Maßnahmen beabsichtigen die Vertragspartner, die Qualität ambulant durchgeführter digitaler Röntgenaufnahmen im HNO-Bereich zu fördern. Zu diesem Zweck wird eine Überprüfung der fachlichen Fähigkeiten des Arztes eingeführt.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit Genehmigung für die Durchführung von:

- a. Übersichtsaufnahmen des Schädels (GOP 34210 EBM)
und/oder
- b. Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens (GOP 34212 EBM)
und/oder
- c. Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes (GOP 34230 EBM)
und/oder
- d. Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung (Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen, Durchleuchtung(en) (BV/TV)) (GOP 34242 EBM)

4. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweise der fachlichen Qualifikation
- c. Nachweis eines digitalen Röntgengeräts

5. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation
- b. Jede Veränderung am Gerät ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung des Gerätes ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit

Abschnitt 17

Qualitätssicherung Röntgen der Wirbelsäule

1. Grundsatz

Mit den folgenden Maßnahmen beabsichtigen die Vertragspartner, die Qualität ambulant durchgeführter digitaler Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule zu fördern. Zu diesem Zweck wird eine Überprüfung der fachlichen Fähigkeiten des Arztes eingeführt.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit Genehmigung für die Durchführung von:

- a. Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule (GOP 34221 EBM)
und/oder
- b. Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule (GOP 34222 EBM)

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweise der fachlichen Qualifikation
- c. Nachweis eines digitalen Röntgengeräts

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation
- b. Jede Veränderung am Gerät ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung des Gerätes ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit

Abschnitt 18

Qualitätssicherung Röntgen der Extremitäten

1. Grundsatz

Mit den folgenden Maßnahmen beabsichtigen die Vertragspartner, die Qualität ambulant durchgeführter digitaler Röntgenaufnahmen der Extremitäten zu fördern. Zu diesem Zweck wird eine Überprüfung der fachlichen Fähigkeiten des Arztes eingeführt.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit Genehmigung für die Durchführung von Röntgenaufnahmen der Extremitäten.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweise der fachlichen Qualifikation
- c. Nachweis eines digitalen Röntgengeräts

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Teilnahme wirksam werden:

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation
- b. Jede Veränderung am Gerät ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung des Gerätes ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit

Abschnitt 19

Qualitätssicherung Schmerztherapie

Umsetzung zum 01.10.2008

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist, mit den folgenden Maßnahmen die Qualität der ambulanten, schmerztherapeutischen Versorgung zu fördern. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. der Nachweis der fachlichen Qualifikation des Arztes
- b. der Nachweis von schmerztherapeutischen Sprechstunden

Weiter ist vorgesehen, eine quartalsweise elektronische Dokumentation der schmerztherapeutischen Behandlung und die Übermittlung der erhobenen Daten einzuführen.

Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Ableitung von Aufgreifkriterien und Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte.
- b. Überprüfung der Notwendigkeit der Weiterführung einer schmerztherapeutischen Behandlung gem. § 5 Abs. 7 der Schmerztherapievereinbarung.
- c. Validierung des standardisierten Dokumentationsbogens.

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die über die Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verfügen.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Zum Erwerb der Teilnahmeberechtigung sind durch den Arzt folgende Voraussetzungen in vollem Umfang nachzuweisen:

- a. **Teilnahmeerklärung.** Einsendung der Teilnahmeerklärung (siehe Anlage 19.1)
- b. **Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.** Es können nur Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen, die über die Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie verfügen. Es gilt jeweils die zum Antragszeitpunkt aktuelle Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
- c. **Fachprüfung.** Zur Teilnahme am Vertrag sind nur Ärzte berechtigt, die eine von der KVB bereitgestellte, computerbasierte Fachprüfung erfolgreich absolviert haben. Die Teilnahme an dieser Fachprüfung hat erstmalig innerhalb des Quartals zu erfolgen, in dem die Prüfung von der KVB bereitgestellt wird. Pro Kalenderhalbjahr erhält der teilnehmende Arzt die Möglichkeit, zwei Prüfungsversuche zu unternehmen. Die Prüfung gilt fünf Jahre.
- d. **Übergangsregelung Fachprüfung:**

Bis zur Bereitstellung der computerbasierten Fachprüfung durch die KVB gilt Übergangsweise die fachliche Qualifikation durch die Teilnahme am Kolloquium der KVB als nachgewiesen, sofern diese nicht länger als 365 Tage zurückliegt. Bezugsgröße für die Berechnung der letzten 365 Tage ist das Eingangsdatum des Teilnahmeantrags bei der KVB.

Liegt das Kolloquium länger als 365 Tage zurück, ist alternativ der Nachweis von mindestens 5 Stunden einer schmerztherapeutischen Fortbildung des teilnehmenden Arztes möglich. Die Fortbildungsteilnahme muss bis spätestens zum Ende des Quartals nachgewiesen werden, in dem die Teilnahme am Vertrag erklärt wurde. In der Vergangenheit liegende Fortbildungen werden anerkannt, sofern sie vor nicht mehr als 6 Monaten absolviert wurden. Bezugsgröße für die Berechnung der letzten 365 Tage ist das Eingangsdatum des Teilnahmeantrags bei der KVB.

Nach Bereitstellung der computerbasierten Fachprüfung durch die KVB ist diese zum Aufrechterhalten der Teilnahmeberechtigung am Vertrag auch durch bereits teilneh-

mende Ärzte erfolgreich zu absolvieren. Die erfolgreiche Teilnahme muss innerhalb eines Quartals nach schriftlicher Benachrichtigung durch die KVB nachgewiesen werden.

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung sind durch den Arzt folgende Anforderungen laufend in vollem Umfang nachzuweisen. Bei fehlendem Nachweis mindestens einer Voraussetzung wird die Teilnahmeberechtigung am Vertrag zum Ende des Quartals, in dem der Nachweispflicht nicht nachgekommen wurde, widerrufen. Eine erneute Teilnahme ist frühestens nach 2 Quartalen möglich.

- a. **Wiederholung der Fachprüfung.** Spätestens fünf Jahre nach der erfolgreichen Teilnahme an einer Fachprüfung nach Abschnitt 3c) muss der teilnehmende Arzt die Fachprüfung erneut erfolgreich absolvieren.
- b. **Fortbildungspflicht.** Ab dem Jahr 2009 muss der teilnehmende Arzt jährlich mindestens 2 schmerztherapeutische Fortbildungen von insgesamt mindestens 20-stündiger Dauer, die von einer Landesärztekammer anerkannt sind, gegenüber der KVB nachweisen. Die erfolgreiche Teilnahme an der Fachprüfung bzw. an einem Kolloquium im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung wird mit je 5 Stunden Fortbildung angerechnet.
Der Nachweis über die mindestens 20-stündige Fortbildungsdauer muss bis spätestens 31.12. für das zurückliegende Jahr erfolgen.
- c. **Schmerztherapeutische Sprechstunde.** Der teilnehmende Arzt muss persönlich pro Woche an mindestens 4 Tagen mindestens jeweils 4 Stunden eine schmerztherapeutische Sprechstunde anbieten. Bei einer nicht ganztägigen Beschäftigung oder anteiligen Zulassung muss die schmerztherapeutische Sprechstunde anteilig nachgewiesen werden.
- d. **Elektronische Dokumentation.** Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, eine elektronische Dokumentation des Behandlungsverlaufs mittels des von der KVB bereitgestellten Dokumentationsportals einmal pro Quartal pro behandeltem Versicherten einzureichen. Das Dokumentationsportal ist online und über KV-SafeNet erreichbar. Die Dokumentationen aller Behandlungsfälle eines Quartals sind bis spätestens zum 10. des ersten Monats des Folgequartals bei der KVB einzureichen. Die elektronische Dokumentationspflicht beginnt 3 Monate nach der schriftlichen Information der Ärzte durch die KVB.
- e. **Übergangsregelung für die Dokumentation.** Bis zur Bereitstellung des Dokumentationsportals durch die KVB ist der standardisierte Dokumentationsbogen (Anlage 19.2) einmal pro Quartal pro behandeltem Versicherten in Papierform auszufüllen. Jeder Dokumentationsbogen ist bis spätestens zum 10. des ersten Monats des Folgequartals bei der KVB einzureichen.
- f. **Qualitätsoptimierung.** Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten.

6. Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die KVB führt folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen mit sofortiger Wirkung für die Dauer der Übergangsregelung nach 4e durch:

- a. **Vollerhebung:** Es wird eine Vollerhebung der Dokumentation in Papierform nach Anlage 19.2 durchgeführt. Anhand der erhobenen Daten sollen Aufgreifkriterien entwickelt werden, welche nach Einführung der elektronischen Dokumentation quartalsweise automatisch ausgewertet werden.
- b. **Verfahren:** Die teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, die vollständig ausgefüllten Dokumentationsbögen in Papierform nach Anlage 19.2 für jeden behandelten Patienten bis spätestens zum 10. des ersten Monats des Folgequartals bei der KVB einzureichen.
- c. **Konsequenzen:** Reicht ein Arzt bei weniger als 90 % seiner im Quartal behandelten Patienten einen vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogen nach 19.2 bei der KVB ein, so wird seine Teilnahmeberechtigung an diesem Vertrag für das betroffene Quartal widerrufen. In dem darauf folgenden Quartal ist eine erneute Teilnahme möglich.

7. Pflichten der KVB

- a. **Bereitstellung der standardisierten Dokumentationsbögen in Papierform zum 01.10.2008.** Die KVB gewährleistet, dass der standardisierte Dokumentationsbogen nach Anlage 19.2 auf der Homepage der KVB zum Download bereitsteht.
- b. **Bereitstellung elektronisches Dokumentationsportal zum 01.01.2009 mit Rückmeldesystem zum 01.04.2009.** Die KVB gewährleistet, dass ein elektronisches Dokumentationsportal den Ärzten zur Verfügung gestellt wird.
- c. **Bereitstellung aggregierter Berichte auf Basis der dokumentierten Daten an die Vertragspartner zum 01.04.2009 (siehe Anlage 19.5).**
- d. **Bereitstellung der computerbasierten Fachprüfung im ersten Halbjahr 2009.** Die KVB gewährleistet, dass die computerbasierte Fachprüfung den Ärzten zur Verfügung gestellt wird.

8. Leistungsumfang

Die EBM-Leistungen 30700, 30702 und 30704 werden unter den in Punkt 3, 4 und 5 beschriebenen zusätzlichen fachlichen und gerätetechnischen Qualitätsanforderungen erbracht.

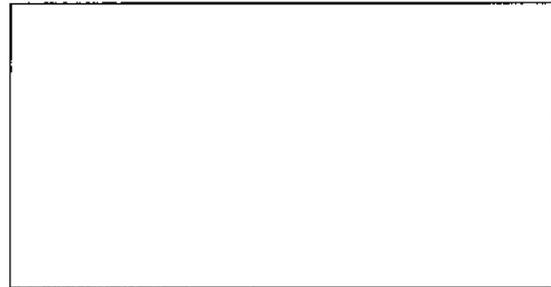
9. Abrechnung und Vergütung

- a. Die EBM-Nummern 30700, 30702 und 30704 werden abweichend von Anlage A, I., 2.8 mit einem Punktwert in Höhe von 5,08 Cent vergütet.
- b. Die Leistungen werden in VDX auf Einzel-GOP Ebene ausgewiesen (Konto 400, Kap.90, Abschnitt 1).

10. Anlagen

- Anlage 19.1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 19.2: standardisierter Dokumentationsbogen (wird nachgereicht)
- Anlage 19.3: Datenflusskonzept (wird nachgereicht)
- Anlage 19.4: Validierungsvertrag (wird nachgereicht)
- Anlage 19.5: Aggregierte Dokumentationsberichte für Vertragspartner (wird nachgereicht)

Kassenärztliche Vereinigung
Stabsstelle Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

**Teilnahmeerklärung
an der Qualitätsinitiative Schmerztherapie**

zwischen dem BKK Landesverband Bayern, den Innungskrankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen
und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ ODER – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis/ Gemeinschaftspraxis (*nicht zutreffendes bitte streichen*) niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ _____ (*Name des MVZ*) angestellter Arzt/ Vertragsarzt/ leitender Arzt (*nicht zutreffendes bitte streichen*) seit/ ab: _____

Ich bin angestellt beim Vertragsarzt _____ (*Name des Arztes*) seit/ ab: _____

Die betroffenen Behandlungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

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

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der Qualitätsinitiative Schmerztherapie.

2. Teilnahmevoraussetzungen

a) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über eine aktuelle Genehmigung für die „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“ verfüge. Die KVB hat mir einen entsprechenden Bescheid erteilt.

b)

Den Nachweis von 5 Stunden schmerztherapeutischer Fortbildung innerhalb der letzten 6 Monate schicke ich direkt mit dieser Teilnahmeerklärung an die KVB.

Den Nachweis von 5 Stunden schmerztherapeutischer Fortbildung innerhalb der letzten 6 Monate schicke bis spätestens zum Ende des Quartals, in dem die Teilnahme am Vertrag erklärt wurde, an die KVB.

Alternativ:

- Ich habe mein Kolloquium vor der Schmerztherapiekommission der KVB innerhalb der letzten 365 Tage erfolgreich abgelegt. Die Prüfung fand am _____ statt. Bezugsgröße für den Zeitraum der letzten 365 Tage ist das Eingangsdatum des Teilnahmeantrages bei der KVB.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Hiermit verpflichte ich mich

- a) zur Absolvierung einer von der KVB bereitgestellten computerbasierten Fachprüfung alle 5 Jahre.
- b) zum jährlichen Nachweis der Teilnahme an mindestens 2 schmerztherapeutischen Fortbildungen von insgesamt mindestens 20-stündiger Dauer bis zum 31.12. des jeweiligen Jahres. Der Nachweis hat erstmals für das Jahr 2009 zu erfolgen.
- c) zur elektronischen Dokumentation des Behandlungsverlaufs jedes Patienten einmal im Quartal bis spätestens zum 10. des ersten Monats des Folgequartals (also zum 10.01., 10.04., 10.07., 10.10.). Die gesicherte Übertragung der Daten erfolgt über KV-SafeNet. Der Start der elektronischen Dokumentation ist für den 01.01.2009 geplant.
- d) zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs jedes Patienten einmal im Quartal in Papierform. Alle in Papierform vorliegenden Dokumentationsbögen sind spätestens zum 10. des ersten Monats des Folgequartals einzureichen. Diese Übergangsregelung erfolgt bis zur Bereitstellung der oben genannten elektronischen Dokumentation durch die KVB.
- e) im Rahmen von Stichprobenprüfungen der Dokumentationen in elektronischer Form meine ausführlichen Unterlagen der KVB zur Verfügung zu stellen.
- f) zum aktiven Umgang mit den bereitgestellten Feedbackberichten im Rahmen der elektronischen Dokumentation.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich,

- a) dass ich als Teilnehmer der Qualitätsinitiative Schmerztherapie namentlich im Internet der KVB veröffentlicht werde.
- b) dass eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit der Qualitätsinitiative Schmerztherapie durch die Vertragspartner (KVB, teilnehmende Krankenkassenverbände) durchgeführt werden kann.

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

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei teilnehmenden angestellten Ärzten:

Unterschrift MVZ-Leiter/anstellender Vertragsarzt

Abschnitt 20

Qualitätssicherung Osteodensitometrie

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist es, einerseits die Diagnosequalität im Bereich Osteoporose zu fördern und andererseits den Versorgungsprozess nach einer gestellten Diagnose zu steuern. Dazu beabsichtigen die Vertragspartner, zeitnah geeignete Maßnahmen einzuführen.

Nach aktuellem Erkenntnisstand sollen folgende Maßnahmen zur Förderung der Strukturqualität ambulant durchgeführter Knochendichtemessungen (Osteodensitometrien) eingeführt werden.

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation des Arztes
- b. Überprüfung der Qualität der verwendeten Osteodensitometriegeräte gemäß den Osteoporose-Leitlinien

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte mit der Genehmigung zur Durchführung der Osteodensitometrischen Untersuchung (GOP 34600).

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweis der fachlichen Qualifikation.
- c. Nachweis eines DXA-Gerätes zur Knochendichtemessung, gemäß den Anforderungen der Leitlinie Osteoporose (nicht älter als Baujahr 2000).
Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten, so muss für jede Betriebsstätte, an der Knochendichtemessungen durchgeführt werden, ein geeignetes Gerät nachgewiesen werden. Der Gerätenachweis erfolgt mittels einer Gewährleistungserklärung.

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. Regelmäßiger Nachweis der fachlichen Qualifikation.
- b. Jede Veränderung am Gerät ist der KVB innerhalb von 14 Kalendertagen anzuzeigen und mittels Gewährleistungserklärung zu belegen. Darunter fallen die Neuanschaffung, Austausch oder Stilllegung des Gerätes ebenso wie eine Veränderung der Betriebsstättenzugehörigkeit.

Abschnitt 21

Qualitätsgesicherte Behandlung der Osteoporose

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist es, die Qualität der Versorgung von Patienten mit Osteoporose zu fördern. Dazu beabsichtigen die Vertragspartner, zeitnah geeignete Maßnahmen einzuführen.

- a. Qualifikationsnachweis „Osteologe DVO“
- b. elektronische Dokumentation

Durch die Pflicht zur elektronischen Dokumentation der Risikoeinstufung des Patienten über das Dokumentationsportal der KVB soll darüber hinaus der Versorgungsprozess strukturiert und durch leitlinienbasierte Therapieempfehlungen an den Arzt unterstützt werden.

Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Unterstützung des Versorgungsprozesses durch leitliniengerechte Therapieempfehlungen an den Arzt
- b. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte
- c. Verbesserung des Austauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser
- d. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, mit dem Qualifikationsnachweis „Osteologe DVO“.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweis der fachlichen Qualifikation

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

- a. Elektronische Dokumentation von Befundung, Behandlungsablauf und Therapie inkl. Arzneimittelverordnung über das von der KVB bereitgestellte Dokumentationsportal
- b. Aktiver Umgang mit den bereitgestellten Feedbackberichten

Abschnitt 22

Qualitätssicherung Onkologie

1. Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Onkologie zu fördern. Dazu werden folgende Maßnahmen eingeführt:

- a. der Nachweis der fachlichen Qualifikation des Arztes mittels einer durch die KVB bereitgestellten Fachprüfung
- b. der Nachweis der fachlichen Qualifikation des Praxispersonals
- c. der Nachweis einer geeigneten apparativen Ausstattung einschließlich deren regelmäßiger Wartung
- d. die Gliederung der onkologischen Versorgung in zwei Behandlungsebenen
- e. die Zusammenarbeit mit besonders qualifizierten Krankenhausabteilungen
- f. die aktive Teilnahme der Ärzte am e-Krebsregister

Weiter ist vorgesehen, perspektivisch eine elektronische Dokumentation aller onkologischen Behandlungen und die Übermittlung der erhobenen Daten an die KVB einzuführen.

Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte
- b. Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser
- c. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten
- d. Wissenschaftliche Evaluation der Versorgungssituation

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die an der „Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in Bayern vom 15. März 1989 (Onkologie-Vereinbarung Regionalkassen)“ teilnehmen.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Vorliegen der Zusatzbezeichnung „Hämatologie und Onkologie“ und/oder „Medikamentöse Tumortherapie“
- c. Vorhalten von mindestens einem Infusomaten
Unterhält der Arzt mehrere Betriebsstätten, so muss für jede Betriebsstätte, an der onkologische Behandlungen durchgeführt werden, ein geeignetes Gerät nachgewiesen werden. Der Gerätenachweis erfolgt mittels einer Gewährleistungserklärung
- d. Vorhalten von mindestens vier Behandlungsplätzen in einem gesonderten Raum
- e. Nachweis der Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus, an dem die dort tätigen Ärzte intravasale, zytostatische Therapien mit jährlich mindestens 400 Chemotherapien selbstständig durchführen oder mit Krankenhäusern, die über eine onkologische Fachabteilung verfügen
- f. Nachweis der Fortbildung des Praxispersonals durch Teilnahme an von der Bayerischen Landesärztekammer zertifizierten Lehrgängen
- g. Erfolgreiche Teilnahme an der von der KVB bereitgestellten Fachprüfung. Die erfolgreiche Teilnahme an dieser Fachprüfung ist innerhalb von zwei Quartalen, nachdem die Ärzte über die Prüfungsmöglichkeit durch die KVB schriftlich informiert wurden, nachzuweisen.
- h. 24-h Rufbereitschaft des Arztes

Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Inkrafttreten dieses Abschnitts wirksam werden:

- a. Nachweis der Wartungen des Infusomaten, die nicht weniger als 12 Monate zurückliegt. Die Gewährleistungserklärung beim Kauf eines Neugerätes wird als erstmalige Wartung anerkannt.
- b. Nachweis der Teilnahme an mindestens sechs von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten Tumorkonferenzen oder Qualitätszirkeln pro Jahr
- c. Nachweis des Erwerbs von mindestens 40 Fortbildungspunkten mit onkologischen Inhalten pro Jahr
- d. Pflichten der Ärzte, die an der Basisversorgung teilnehmen:
 - Nachweis der Betreuung von mindestens 50 Patienten pro Quartal im Durchschnitt der letzten vier Quartale mit soliden Neoplasien
 - darunter 30 Patienten mit antineoplastischer Therapie
 - darunter 5 Patienten mit intrakavitärer Therapie und/oder intravasaler Bisphosphonattherapie
- e. Pflichten der Ärzte, die an der Spezialversorgung teilnehmen:
 - Nachweis der Betreuung von mindestens 120 Patienten pro Quartal im Durchschnitt der letzten vier Quartale mit soliden oder hämatologischen Neoplasien
 - darunter mindestens 75 Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon mindestens 25 Patienten mit intravasaler Chemotherapie
- f. Wiederholung der Fachprüfung der KVB spätestens 10 Jahre nach der letzten Prüfung
- g. Aktive Teilnahme am e-Krebsregister
- h. Aktiver Austausch zwischen den Mitbehandlern anhand der eDokumentation
- i. Aktive Arbeit mit den bereitgestellten Feedbackberichten
- j. Meldung bei Anschaffung eines neuen Infusomaten innerhalb von 14 Tagen
- k. Abmeldung von nicht mehr eingesetzten Infusomaten

Abschnitt 23

Qualitätsgesicherte Durchführung der ambulanten Schubtherapie bei Multipler Sklerose

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist es, die Qualität der ambulanten Schubtherapie von Patienten mit multipler Sklerose zu fördern. Dazu beabsichtigen die Vertragspartner, zeitnah geeignete Maßnahmen einzuführen.

- a. Nachweis der fachlichen Routine durch Mindestfallzahlen
- b. Nachweis der fachlichen Qualifikation durch den jährlichen Erwerb von Fortbildungspunkten im Bereich Multiple Sklerose
- c. Vorhalten einer MS-Nurse mit Zusatzqualifikation in der Betreuung von Patienten mit Multipler Sklerose
- d. Vorhalten separater Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung nach einer ambulanten Schubtherapie

Durch die Pflicht zur elektronischen Dokumentation der EDSS Skala über das Dokumentationsportal der KVB soll darüber hinaus der Versorgungsprozess strukturiert und durch leitlinienbasierte Therapieempfehlungen an den Arzt unterstützt werden.

Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Unterstützung des Versorgungsprozesses durch leitliniengerechte Therapieempfehlungen an den Arzt
- b. Etablierung eines regelmäßigen Feedbacks an die teilnehmenden Ärzte
- c. Verbesserung des Austauschs zwischen den Behandlern durch automatische Generierung eines teilausgefüllten Arztbriefs zum Ausdruck und Versand an den Überweiser
- d. Durchführung zielgerichteter Qualitätssicherungs- und Unterstützungsmaßnahmen für den Arzt auf Basis der erhobenen Daten

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte, die der fachärztlichen Versorgungsebene angehören, die Nervenarzt, Facharzt für Neurologie oder Neurologe und Psychiater sind.

3. Teilnahmevoraussetzungen

- a. Einsendung der Teilnahmeerklärung
- b. Nachweis separater Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung nach einer ambulanten Schubtherapie
- c. Nachweis einer MS-Nurse mit Zusatzqualifikation in der Betreuung von Patienten mit Multipler Sklerose
- d. Nachweis der Zertifizierung der Praxis (z.B. ISO, QEP, KVB oder DMSG)

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Pflichten der teilnehmenden Ärzte, die nach Inkrafttreten dieses Abschnitts wirksam werden:

- a. Nachweis von mindestens 100 GKV-Versicherten jährlich bzw. von 20 GKV-Versicherten pro Quartal mit einer vorab definierten Indikation.
- b. Nachweis der fachlichen Qualifikation durch den jährlichen Erwerb von 10 Fortbildungspunkten im Bereich Multiple Sklerose.
- c. Messung und elektronische Dokumentation des Schweregrades der Erkrankung des Patienten mittels EDSS Skala über das von der KVB bereitgestellte Dokumentationsportal
- d. Ermittlung der Patientenzufriedenheit.
- e. Aktiver Umgang mit den bereitgestellten Feedbackberichten.

Abschnitt 24

Pilotprojekt Qualitätsinitiative rheumatoide Arthritis mit Basistherapeutica

Umsetzung zum 01.10.2008

1. Grundsatz

Ziel der Vertragspartner ist es, die Qualität der Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis mit Basistherapeutica zu fördern. Dazu beabsichtigen die Vertragspartner, geeignete Maßnahmen einzuführen.

- a. Nachweis der fachlichen Routine durch die Teilnahme an Kongressen
- b. Erfüllung einer definierten Quote von Neuvorstellungen
- c. Nachweis der fachliche Routine durch Mindestfallzahlen
- d. Qualitätssicherung durch eine elektronische Dokumentation zu DAS 28 und FFbH für Patienten mit definierten Kriterien

Durch die Pflicht zur elektronischen Dokumentation von DAS 28 und FFbH soll darüber hinaus der Versorgungsprozess strukturiert und durch leitlinienbasierte Therapieempfehlungen an den Arzt unterstützt werden.

Die dokumentierten Daten sollen zu folgenden Zwecken genutzt werden:

- a. Unterstützung des Versorgungsprozesses durch leitliniengerechte Therapieempfehlungen an den Arzt
- b. Gesundheitsökonomische Evaluation in Bezug auf den Einfluss auf die Versorgungsqualität

2. Teilnahmeberechtigte Ärzte

Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie, die Patienten mit rheumatoider Arthritis (ICD-10 M05, M06) behandeln.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Zum Erwerb der Teilnahmeberechtigung sind durch den Arzt folgende Voraussetzungen in vollem Umfang nachzuweisen:

- a. **Teilnahmeerklärung:** Einsendung der Teilnahmeerklärung (siehe Anlage 24.1)
- b. **Fachliche Qualifikation:** Nachweis der Teilnahme an mindestens einem nationalen oder internationalen rheumatologischen Kongress innerhalb der letzten 365 Tage². Alternativ ist der Nachweis von mindestens 30* CME-Punkten innerhalb der letzten 365 Tage für das Fachgebiet Rheumatologie möglich. Bezugsgröße ist jeweils das Eingangsdatum der Teilnahmeerklärung. Der Nachweis ist durch Vorlage von Bescheinigungen zusammen mit der Teilnahmeerklärung zu erbringen.
- c. **Patientenstruktur:** Nachweis von mind. 10% Neuvorstellungen pro Quartal in Form einer Eigenerklärung. Neuvorstellungen sind GKV-Patienten, die länger als 24 Monate zu keiner rheumatischen Indikation in der Praxis behandelt wurden.

² Gültig sind: Jahreskongress des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. oder Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie oder EULAR-Annual European Congress of Rheumatology oder ACR-Annual Scientific Meeting (Amerikanischer Jahreskongress des American College of Rheumatology)

4. Pflichten der teilnehmenden Ärzte

Zum Erhalt der Teilnahmeberechtigung sind durch den Arzt folgende Anforderungen laufend in vollem Umfang nachzuweisen. Bei fehlendem Nachweis mindestens einer Voraussetzung wird kein Zuschlag vergütet.

- a. **Mindestfallzahl:** Nachweis von mindestens 140 GKV-Patienten pro Abrechnungsquartal mit der GOP 13701 und der ICD-10 M05 oder M06. Die Prüfung erfolgt automatisch über das Regelwerk der KVB.
- b. **Neuvorstellungen:** Mindestens 10% Neuvorstellungen pro Quartal. Neuvorstellungen sind GKV-Patienten, die länger als 24 Monate zu keiner rheumatischen Indikation in der Praxis behandelt wurden.
- c. **Elektronische Dokumentation:** Der Arzt ist verpflichtet, die elektronische Dokumentation bei Patienten mit folgenden Indikationen auszufüllen und an den Berufsverband der Deutschen Rheumatologen weiterzuleiten:
 - Neuvorstellungen mit der definitiven Diagnose einer rheumatoiden Arthritis
 - Patienten unter Biologica
 - Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis mit mehr als 6 geschwollenen und 6 druckempfindlichen Gelenken (oder einem DAS 28 von > 4.4)

Bestandteil der Dokumentation sind insbesondere:

- Erhebung des DAS 28³ bei behandelten Patienten mit rheumatoider Arthritis einmal pro Quartal
- Halbjährliche Dokumentation des FFbH⁴ bei behandelten Patienten mit rheumatoider Arthritis

Auf Anfrage hat der Arzt die notwendigen Praxisdokumente der KVB vorzulegen. Der Umfang der Dokumentation sowie weitere Rahmenbedingungen sind in Anlage 24.4 geregelt. Die Dokumentation hat zeitnah zur Untersuchung zu erfolgen. Die gesammelten Dokumentationen aller Behandlungsfälle eines Monats müssen dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen bis zum 5. des Folgemonats vollständig im Format gemäß Anlage 24.4 vorliegen. Der Berufsverband Deutscher Rheumatologen leitet die dokumentierten Daten der am Vertrag teilnehmenden Ärzte bis zum 20. des Folgemonats an die KVB weiter. Näheres ist in Anlage 24.2 geregelt.

- d. **Leitlinienbasierte Therapie:** Der Arzt ist verpflichtet, eine leitliniengerechte Therapie durchzuführen.

7. Zieldefinition

Die Krankheitsaktivität gemessen am „DAS 28“ soll deutlich verbessert werden.

Die Zielvorgabe bei Patienten mit früher rheumatoider Arthritis (Krankheitsdauer kleiner als ein Jahr) ist für „DAS 28“ kleiner gleich 2,6. Bei Patienten mit später rheumatoider Arthritis (Krankheitsdauer größer als 1 Jahr) ist die Zielvorgabe für „DAS 28“ kleiner gleich 3,2.

8. Pflichten der KVB

Sobald Verlaufsdaten verfügbar sind, Überprüfung der Zielvorgaben von „DAS 28“ und „FFbH“: Die KVB gewährleistet, dass ein regelmäßiges Monitoring der Zielvorgaben sowie ggf. die Einleitung geeigneter Maßnahmen zur Zielerreichung erfolgen.

³ DAS steht für „Disease Activity Score“. Bei der Dokumentation werden Zahl der druckschmerzhaften und geschwollenen Gelenke, BSG oder CRP, Patientenurteil und Krankheitsaktivität ermittelt und in eine Formel eingegeben. Das Ergebnis ist ein Zahlenwert zwischen 1 und 10, wobei der Bereich unter 2,6 nicht aktiv ist, 2,6 bis 3,1 mäßige aktiv, 3,1 bis 5,1 aktiv und über 5,1 hoch aktiv.

⁴ FFbH steht für „Funktionsfragebogen Hannover“, wobei der Patient 18 Fragen zu Gelenkfunktionen beantwortet. Hieraus wird ein Prozentwert ermittelt, der zwischen 0 entsprechend maximal gestörte Gelenkfunktion und 100 entsprechend volle Gelenkfunktion liegt.

5. Leistungsumfang

Die EBM-Leistungen 13701 in Kombination mit der ICD-10 M05 oder M06 werden unter den in Punkt 3 und 4 beschriebenen zusätzlichen Qualitätsanforderungen erbracht.

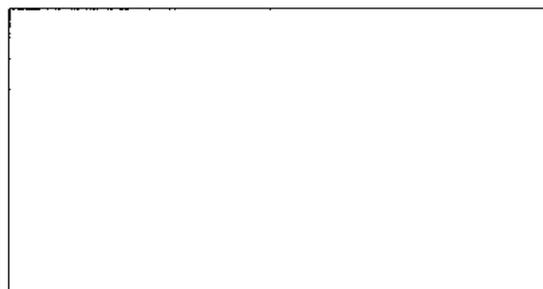
9. Abrechnung und Vergütung

- c. Zusätzlich zur EBM-Nummer 13701 und der ICD-10 M05 oder M06 wird ein Zuschlag in Höhe von 5 € vergütet.
- d. Die Leistungen werden in VDX auf Einzel-GOP Ebene ausgewiesen (Konto 400, Kap.90, Abschnitt 1).

10. Anlagen

- Anlage 24.1: Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 24.2: Auswertungskonzept (wird nachgereicht)
- Anlage 24.3: Datenformat der übermittelten Daten (wird nachgereicht)

Kassenärztliche Vereinigung
Stabsstelle Qualitätssicherung
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Arztstempel

Teilnahmeerklärung
an dem Pilotprojekt Qualitätsinitiative rheumatoide Arthritis
zwischen dem BKK Landesverband Bayern, den Innungskrankenkassen und LKK
und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ **ODER** – soweit bereits vergeben: **LANR:** _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis/ Gemeinschaftspraxis (*nicht zutreffendes bitte streichen*) niedergelassener Arzt seit/ ab: _____

Ich bin im MVZ _____ (*Name des MVZ*) angestellter Arzt/ Vertragsarzt/ leitender Arzt (*nicht zutreffendes bitte streichen*) seit/ ab: _____

Ich bin beim Vertragsarzt _____ (*Name des Arztes*) angestellter Arzt seit/ ab _____

Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

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

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Pilotprojekt Qualitätsprogramm rheumatoide Arthritis.

2. Teilnahmevoraussetzungen

a) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich an mindestens einem nationalen oder internationalen rheumatologischen Kongress innerhalb der letzten 365 Tage teilgenommen habe oder alternativ mindestens 30 CME Punkte innerhalb der letzten 365 Tage für das Fachgebiet Rheumatologie gesammelt habe. Bezugsgröße ist jeweils das Eingangsdatum der Teilnahmeerklärung. Ich habe dieser Teilnahmeerklärung Bescheinigungen der Kongresse oder Fortbildungen beigelegt.

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

Ich habe an dem Jahreskongress des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. teilgenommen. Die Teilnahmebescheinigung habe ich diesem Schreiben beigelegt.

Ich habe an dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Die Teilnahmebescheinigung habe ich diesem Schreiben beigelegt.

- Ich habe an dem EULAR-Annual European Congress of Rheumatology teilgenommen. Die Teilnahmebescheinigung habe ich diesem Schreiben beigelegt.
- Ich habe an dem ACR-Annual Scientific Meeting (Amerikanischer Jahreskongress des American College of Rheumatology) teilgenommen. Die Teilnahmebescheinigung habe ich diesem Schreiben beigelegt.
- Ich habe mindestens 30 CME Punkte innerhalb der letzten 365 Tage für das Fachgebiet Rheumatologie gesammelt. Die Bescheinigungen habe ich diesem Schreiben beigelegt.

- b) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mindestens 10% Neuvorstellungen pro Quartal habe. Neuvorstellungen sind GKV Patienten, die länger als 24 Monate zu keiner rheumatischen Indikation in der Praxis behandelt wurden.

3. **Teilnahmeverpflichtungen**

Hiermit verpflichte ich mich

- a) zum Nachweis von mindestens 140 GKV-Patienten pro Abrechnungsquartal mit der GOP 13701 und der ICD-10 M05 oder M06. Die Prüfung erfolgt automatisch über die Abrechnung bei der KVB.
- b) zu mindestens 10% Neuvorstellungen. Neuvorstellungen sind GKV Patienten, die länger als 24 Monate zu keiner rheumatischen Indikation in der Praxis behandelt wurden.
- c) die leitliniengerechte Behandlung elektronisch zu dokumentieren und die Daten pseudonymisiert dem Berufsverband der Deutschen Rheumatologen (nils.koerber@arcor.de) weiterzuleiten. Bestandteil der Dokumentation sind insbesondere:
 - Erhebung des DAS 28 bei behandelten Patienten mit rheumatoider Arthritis einmal pro Quartal
 - Halbjährliche Dokumentation des FFbH bei behandelten Patienten mit rheumatoider ArthritisDie elektronische Dokumentation ist bei Patienten mit folgenden Indikationen auszufüllen:
 - Neuvorstellungen mit der definitiven Diagnose einer rheumatoiden Arthritis
 - Patienten unter Biologica
 - Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis mit mehr als 6 geschwollenen und 6 druckempfindlichen Gelenken (oder einem DAS von >4.4)
- d) zur Dokumentation gemäß dem gewünschten Datenformat des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen.
- e) zur Dokumentation zeitnah zur Untersuchung.
- f) die Dokumentation dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen spätestens bis zum 5. des Folgemonats zu übermitteln.

4. **Einverständniserklärung**

Hiermit willige ich ein,

- a) dass ich als Teilnehmer des Pilotprojekts namentlich im Internet der KVB veröffentlicht werde.

- b) dass die KVB den Vertragspartnern des Pilotprojekts regelmäßig, mindestens ein Mal im Quartal, über die Durchführung und Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange - berichtet.
- c) dass der Berufsverband deutscher Rheumatologen die Dokumentationsdaten pseudonymisiert (mit Krankenkassenbezug) an die KVB weiterleitet.
- d) dass eine Begehung der von mir genutzten Praxis-/OP-Räume im Zusammenhang mit dem Pilotprojekt durch die Vertragspartner (KVB, Krankenkassenverbände) durchgeführt werden kann.
- e) auf Anfrage der KVB, angeforderte Praxisdokumente (zB. Patientenakte) vorzulegen.

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

_____, den _____, _____
 Ort Datum Unterschrift teilnehmender Arzt

zusätzlich bei teilnehmenden angestellten Ärzten:

 Unterschrift MVZ-Leiter/anstellender Vertragsarzt

Teil D

Qualitätssicherungsmaßnahmen,

die umgesetzt werden sobald die Vertragspartner sich einvernehmlich auf die Inhalte, die Finanzierungsmodalitäten und die Laufzeit geeinigt haben

Die Anlage 11 wird dazu jeweils bei In-Kraft-Treten der einzelnen Qualitätsmaßnahmen in der dann gültigen Fassung bekannt gegeben.

Abschnitt 1

Qualitätsgesicherte Indikationsstellung Computertomographie

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Indikationsstellung für die Durchführung einer Computertomographie in ausgewählten Bereichen zu fördern:

- a. e-Dokumentation der Indikationsstellung sowie der CT-Diagnose
- b. automatisierte Prüfung von wissenschaftlich evaluierten Indikationskriterien

Abschnitt 2

Qualitätsgesicherte Indikationsstellung Magnetresonanztomographie

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Indikationsstellung für die Durchführung einer Magnetresonanztomographie zu fördern:

- a. e-Dokumentation der Indikationsstellung sowie der MRT-Diagnose
- b. automatisierte Prüfung von wissenschaftlich evaluierten Indikationskriterien

Abschnitt 3

Qualitätsgesicherte Indikationsstellung invasive Kardiologie

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Indikationsstellung für die Durchführung der interventionellen Kardiologie zu fördern:

- a. e-Dokumentation der Indikationsstellung sowie der Diagnose- bzw. Therapieergebnisse
- b. automatisierte Prüfung von wissenschaftlich evaluierten Indikations-, Diagnose- bzw. Therapieergebnissen

Abschnitt 4

Qualitätsgesicherte Arzneimittelverordnung durch Facharztvorbehalt

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Arzneimitteltherapie ausgewählter Medikationen zu fördern.

- a. Erstverordnung und Abklärung der Weiterverordnung durch einen Facharzt für das entsprechende Gebiet
- b. e-Dokumentation der Verordnungsfälle einschließlich Diagnostik, Indikation und Behandlungsverlauf

Abschnitt 5

Qualitätssicherung Arzneimittelverordnung durch e-Dokumentation

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität im Bereich der Arzneimitteltherapie ausgewählter Medikationen zu fördern.

- a. e-Dokumentation der Verordnungsfälle einschließlich Diagnostik, Indikation und Behandlungsverlauf

Abschnitt 6

Qualitätsgesicherte elektronische Dokumentation der fachärztlichen Anamnese

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Erstanamnese in der fachärztlichen Versorgung zu fördern.

- a. e-Dokumentation aller für die Anamnese relevanten Daten

Abschnitt 7

Qualitätsgesicherte dermatochirurgische und dermatoonkologische Behandlung

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der dermatoonkologischen sowie dermatochirurgischer Behandlungen zu fördern.

- a. e-Dokumentation der exziierten sowie der malignen Naevi
- b. Ableitung von Kenngrößen
- c. Automatisierte Überprüfung der Behandlungsqualität

Abschnitt 8

Qualitätssicherung Morbus Parkinson

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlungen von Morbus Parkinson-Patienten zu fördern.

- a. e-Dokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 9

Qualitätssicherung Epilepsie

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlungen von Epilepsie-Patienten zu fördern.

- a. e-Dokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 10

Qualitätssicherung Morbus Alzheimer

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlungen von Morbus Alzheimer-Patienten zu fördern.

- a. eDokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 11

Qualitätssicherung Schlaganfall

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlung von Schlaganfallpatienten zu fördern.

- a. eDokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 12

Qualitätssicherung Depression

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlungen von depressiven Patienten zu fördern.

- a. eDokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 13

Qualitätssicherung Schizophrenie

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlungen von Schizophreniepatienten zu fördern.

- a. eDokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Abschnitt 14

Qualitätssicherung Kopfschmerz - Migräne

Grundsatz

Die Vertragspartner beabsichtigen, durch geeignete Maßnahmen die Qualität der Behandlung von Patienten mit Kopfschmerz und Migräne zu fördern.

- a. eDokumentation der Verlaufskontrolle mit Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Protokollnotizen zur Anlage L:

Nr. 1

Teilnahmeberechtigung angestellter Ärzte:

Angestellte von Vertragsärzten und angestellte Ärzte von zugelassenen MVZs verfügen mangels eines eigenen Teilnahmestatus (in Form einer Zulassung oder Ermächtigung) über keine Rechtsposition, die es ihnen ermöglichen würde in eigener Person an dieser Anlage teilzunehmen. Dies schließt aber nicht aus, dass ein Vertragsarzt/MVZ, der/das an der Anlage 10 teilnimmt, qualitätsgesicherte Leistungen nach diesem Vertrag auch durch von bei ihm angestellte Ärzte erbringen lassen kann und hierfür auch die in der Vereinbarung entsprechende Vergütung beanspruchen kann. Dies ergibt sich aus den zulässigen Durchbrechungen des Grundsatzes zur persönlichen Leistungserbringung (Konkretisierung in § 15 Abs. 2 Sätze 2 - 4 BMV-Ä). Voraussetzung hierfür ist, dass

- die Anstellung auf einer rechtmäßigen Genehmigung des Zulassungsausschusses beruht
- der angestellte Arzt die personenbezogenen fachlichen Voraussetzungen, die nach der jeweiligen gesondert vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahme vorgesehen sind, erfüllt
- der angestellte Arzt die personenbezogenen fachlichen Voraussetzungen, die nach den allgemeinen gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Regelungen für die Erbringung der Leistung, für die eine besondere Qualitätssicherungsmaßnahme vorgesehen sind, erfüllt.

Diese Voraussetzungen in der Person des angestellten Arztes hat der antragstellende Vertragsarzt bzw. das MVZ gegenüber der KVB nachzuweisen.

Nr. 2

Teilnahmeberechtigung von Ärzten anderer Fachgruppen

Ist in Abschnitt B, C oder D die Teilnahmeberechtigung auf eine oder mehrere Arztgruppen beschränkt, können die Vertragspartner in begründeten Fällen auch Ärzte aus anderen Arztgruppen zur Teilnahme berechtigen.

Nr. 3

Regelung Online-Fachprüfung, Ziel Präsenzprüfung

Die Vertragspartner vereinbaren, zum 01.10.2008 eine Online-Fachprüfung gemäß Teil B, Abschnitt 2 einzuführen, um zeitliche Verzögerungen bei der Bereitstellung der Fachprüfung für alle antragstellenden Ärzte zu vermeiden. Ziel der Vertragspartner ist es eine Präsenzprüfung einzuführen, sobald die strukturellen Voraussetzungen hierfür von der KVB geschaffen sind.

7. Mit Wirkung ab 01. Januar 2008 wird folgende Ergänzungsvereinbarung zur Anlage M vereinbart:

Ergänzungsvereinbarung zur Anlage M zum Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse über die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bayern nach § 83 SGB V vom 06.12.2006

(1) Ziel der Vereinbarung

Die Vertragspartner sind sich einig, die Anlage M zum Gesamtvertrag fortzuführen und die darin vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung weiter zu entwickeln. Hierzu wird ein gemeinsames Konzept erarbeitet, das auf den bestehenden Strukturen aufbaut. Die Vertragspartner werden hierzu Verhandlungen über ein Folgekonzept führen und eine einvernehmliche, vertragliche Lösung anstreben.

(2) Übergangslösung

Die aktiven, nach § 5 anerkannten teilnehmenden Praxisverbände führen die Aufgaben nach § 6 fort; ausgenommen wird die Verpflichtung nach § 6 Abs. 4 Nr. 6 (Mitwirkung am Arzneimittelmanagement).

(3) Vergütung Übergangslösung

Die bisherige Regelung in § 8 zur Vergütung entfällt.

Die AOK stellt pro eingeschriebenen Versicherten eine Pauschale von 25,00€ pro Quartal zur Verfügung. Die Verteilung der Pauschale an die teilnehmenden Pflegeverbände wird im folgenden festgelegt.

a) Vergütungsstruktur von 01.01.2008 bis 30.06.2008:

Für den Erhalt der Versorgungsstruktur im Pflegeheim erhalten die an der Rufbereitschaft teilnehmenden Ärzte folgende Vergütung:

Besuchsbereitschaft im Rufbereitschaftsdienst laut Dienstplan des nach § 5 anerkannten Praxisverbundes	5,00 € pro Stunde
--	--------------------------

Die Besuchsbereitschaft ist in folgenden Zeiten abrechenbar: Mittwoch Nachmittag zwischen 13 und 21 Uhr sowie Samstag, Sonntag und Feiertag zwischen 10 und 18 Uhr.

Die Abrechnung der Rufbereitschaft erfolgt auf Basis der vom Praxisverbund bei der KVB vorgelegten Dienstpläne.

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

Die beschriebene Vergütung der Rufbereitschaft wird aus den zur Verfügung gestellten Mitteln (vgl. Satz 2) mitfinanziert.

Die Rechnungslegung gegenüber der AOK Bayern erfolgt außerhalb der vereinbarten Vertragsärztlichen Gesamtvergütung und dazu gehörenden rechnungsbegründenden Unterlagen. Die Höhe der Vergütung errechnet sich aus der Zahl der eingeschriebenen Versicherten multipliziert mit 25,00€ pro Quartal. Die Berechnung des Zahlungsbetrages erfolgt durch die AOK Bayern.

Vergütungsstruktur ab 01.07.2008:

Ab 01.07.2008 wird die unter 3 a) beschriebene Vergütungsstruktur durch die Hausärztliche Behandlungs- und Betreuungspauschale ersetzt.

Hausärztliche Behandlungs- und Betreuungspauschale	Vergütung 25,00 €	Ziffer 97960
---	------------------------------	-------------------------

Abrechnungsvoraussetzungen

Die Pauschale kann nur vom einschreibenden Hausarzt für eigene, eingeschriebene Patienten aus den vom Praxisverbund betreuten Pflegeheimen angesetzt werden. Die Pauschale ist maximal einmal im Quartal je eingeschriebenen Versicherten abrechenbar.

Die sachlich rechnerische Prüfung der Abrechnung erfolgt durch die AOK Bayern. Die Vergütung erfolgt außerhalb der pauschalisierten Gesamtvergütung und wird im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90 ausgewiesen.

(4) Laufzeit

Die Ergänzungsvereinbarung gilt ab 01.01.2008 und kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2008.

8. Weitergeltung von Teilen des Gesamtvertrages in der am 31.12.2007 geltenden Fassung:

Der Gesamtvertrag sowie die Anlagen B, D, E, F, H, J und M gelten in der am 31. Dezember 2007 gültigen Fassung bis zum 31.12.2008 weiter, soweit mit diesem Nachtrag keine Änderungen vorgenommen wurden und nicht Vorschriften des SGB V und des Bundesmantelvertrages in der jeweils geltenden Fassung entgegenstehen.

8. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung über den Abschluss eines 24. Nachtrages zum Gesamtvertrag mit seinen Anlagen tritt zum 01. Januar 2008 in Kraft und endet am 31. Dezember 2008.

Durch die im GKV-WSG für 2009 vorgegebene neue Vergütungssystematik ist im Falle einer Nichteinigung über den Gesamtvertrag 2009 eine Fortgeltung dieser Vereinbarung über den 31.12.2008 hinaus ausgeschlossen.

München, den 29. April 2008

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Rudolf Hegenbart
Ressortdirektor

STRUKTURVERTRAG

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen
sowie hausärztlicher Leistungen**

Präambel

Durch diesen Vertrag sollen vor allem ambulante Operationen sowie fachärztliche internistische Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte strukturell und finanziell weiter gefördert werden. Die Vertragspartner wollen erreichen, dass ein nicht unerheblicher Teil der in dem Fallpauschalenkatalog nach § 17 b KHG aufgeführten internistischen Leistungen bei gleicher Qualität durch niedergelassene Vertragsärzte ambulant durchgeführt und teure Krankenhausbehandlung vermieden wird (soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig). Hierbei berücksichtigen die Vertragspartner, dass eine vollständige Verlagerung des möglichen Einsparpotentials angesichts der derzeitigen Systematik der Krankenhausfinanzierung nicht realisierbar ist.

§ 1 Zielsetzung

- 1) Die Vertragspartner streben an, dass durch ein besser gesteuertes Versorgungsmanagement planbare Operationen, die bislang vorwiegend stationär durchgeführt werden, ambulant erbracht werden, soweit dies aus medizinischer Sicht und wirtschaftlicher Sicht sowie unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen des Patienten möglich ist.
- 2) Die vorhandenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten sollen optimiert werden. Die Versicherten sollen durch niedergelassene Vertragsärzte über die Möglichkeit einer ambulanten Erbringung von Operationen bzw. internistischen Leistungen als Alternative zu einer Krankenhausbehandlung informiert werden. Hierzu wirken die Hausärzte, die Operateure und Anästhesisten intensiv zusammen.
- 3) Die Intensivierung und Förderung der in diesem Vertrag festgelegten Leistungen soll einerseits bewirken, dass Krankenhauseinweisungen verhindert bzw. deutlich vermindert werden und dadurch vollstationäre Krankenhauskosten eingespart werden können; andererseits sollen notwendige Krankenhausbehandlungen durch Belegärzte qualitativ hochwertig und kostengünstig erbracht werden können.

Hieraus ergeben sich Möglichkeiten zur Verbesserung der Finanzierung beim ambulanten Operieren und bei ausgewählten belegärztlichen sowie fachärztlichen internistischen Leistungen.

§ 2 Teilnahme

- 1) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt (nur zugelassene Vertragsärzte) ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVB. Wird aus diesem Strukturvertrag ausschließlich eine der Nr. 31010A bis 31013A EBM abgerechnet, ist die Teilnahmeerklärung nicht abzugeben.

Mit dieser Teilnahmeerklärung

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe der Anlage 3 die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der Anlage 1 abzugeben.

- 2) Die Teilnahmeberechtigung kann von der Bezirksstelle entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Strukturvertrag (Absatz 1 Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt.
- 3) Die Teilnahme an diesem Strukturvertrag endet
 - mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - mit Beendigung der belegärztlichen Tätigkeit im Falle des § 3 Nr. 2,
 - mit Beendigung der Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung als Internist im Falle des § 3 Nr. 2 bzw. als Lungenarzt im Falle des § 3 Nr. 4,
 - mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Abs. 1 Satz 3, Anlage 3) verweigert.

- 4) Die Teilnahmeberechtigung kann auf Antrag der AOK Bayern durch die KVB entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Strukturvertrag (Absatz 1 Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt. Die Teilnahmeberechtigung ist zu entziehen, wenn der Vertragsarzt die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen wiederholt zu den vereinbarten Bedingungen verweigert.
- 5) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die KVB ein Verzeichnis, das der AOK Bayern quartalsweise in einer Datei, differenziert nach den verschiedenen Arten der Strukturvertragsteilnehmer zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Leistungskatalog

Die durch den Strukturvertrag erfassten Leistungen sind in Anlage 2 geregelt.

§ 4 Qualitätssicherung

- 1) Die teilnehmenden Ärzte müssen die Qualifikationsvoraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V vom 13.06.1994 bzw. erfüllen.
- 2) Zur Überprüfung der in Absatz 1 genannten Qualifikationsvoraussetzungen werden von den Vertragspartnern Praxisbegehungen durchgeführt. Das Nähere wird in **Anlage 3 zum Strukturvertrag** geregelt.

§ 5 Vergütung

Die Vergütung der in Anlage 2 aufgeführten Leistungen erfolgt mit den dort genannten Punktwerten und unter Berücksichtigung der in den jeweiligen Abschnitten genannten Voraussetzungen (Mindesthäufigkeiten).

Die Vergütung von amb. Operationen nach Anlage 2 ist nur dann möglich, wenn der jeweils abrechnungsfähigen Leistung eine OPS-301-Schlüssel (vgl. Kap. VI Anhang 2 EBM) zugeordnet werden kann. Der einschlägige OPS-301-Schlüssel ist in der Abrechnung anzugeben. Die KVB übermittelt i. R. des Datenträgeraustausches auch den OPS-301-Schlüssel.

§ 6 Finanzierung

Die auf Grundlage dieses Strukturvertrages erbrachten und anerkannten Leistungen werden von der AOK Bayern außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung mit den in Anlage 2 unter Beachtung der Vergütungsregelung in § 5 der Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Anlage 4 zum 23. Nachtrag zum Gesamtvertrag) festgelegten Punktwerten als Einzelleistung vergütet. Bedingung für die Vergütung nach Satz 1 ist das Einverständnis des Vertragsarztes für die Durchführung von Begehungen der genutzten Praxis-/Operationsräume.

§ 7 Laufzeit

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2008 in Kraft und ersetzt den Vertrag ab 01.01.2006.
- 2) Dieser Vertrag endet zum 31. Dezember 2008 – analog zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag.
- 3) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Protokollnotizen

Nr. 1

Die Vertragspartner stimmen überein, dass ambulante Operationen auch im Krankenhaus durch Vertragsärzte durchgeführt werden können. Zur Umsetzung arbeiten die Vertragspartner zusammen.

Nr. 2

Die Vertragspartner sind sich einig, dass ambulante Operationen (vgl. § 3 Nr.1) Vorrang vor der stationären, auch belegärztlichen Versorgung haben, soweit dies im Einzelfall medizinisch möglich und vertretbar ist.

Anlage 1 zum Strukturvertrag

Amb. Operieren

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen
- gültig ab 01.01.2008 -

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

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ Vertragsarzt / leitender Arzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

Praxisanschrift Telefonnummer

Wohnanschrift Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1. _____
(Adresse)

soweit bereits vergeben: BSNR: _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

1. Teilnahmeerklärung

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

- Ambulante Operationen und Anästhesien (gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nrn. 1 - 5 des Strukturvertrages)
- Ausgewählte internistische Leistungen (gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nr. 7 des Strukturvertrages)
- Zuschlag belegärztliche Geburten Nr. 97912 (gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nr. 6 des Strukturvertrages)
- Nr. 30900 EBM bis 2/08

Ich erbringe die Leistung:

- a.) in meiner Praxis
und/oder
- b.) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

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. 08411,

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.

Ort, Datum	Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes
------------	---

Ort, Datum	Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes
------------	--

KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter beleg-
ärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen
- gültig ab 01.01.2008 -

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Kran-
kenkassen in Bayern

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ Vertragsarzt / leitender Arzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift _____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift _____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes: _____

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

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

2.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

1. Voraussetzungen

Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind der regelmäßige, halbjährliche Nachweis des durch die KVB ausgestellten **Hygienezertifikats**, die **elektronische Dokumentation** aller abgerechneten präventiven und kurativen Koloskopien sowie die in § 3 und § 5 i.V.m. Anlage 2 Nr. 7 des Strukturvertrages festgelegten **Mindestzahlen** von insgesamt mindestens 50 Koloskopien pro Quartal für gesetzliche Krankenkassen.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für die fachärztlichen internistischen Leistungen der Koloskopie nach

- **Nr. 01741**

- **und/oder Nr. 13421 EBM** (gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nr. 7 des Strukturvertrages)

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen.

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit diesem Strukturvertrag durchgeführt wird.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

KOLOSKOPIE FÜR CHIRURGEN

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter
fachärztlicher internistischer Leistungen
- gültig ab 01.01.2008 -
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden
der Krankenkassen in Bayern

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ Vertragsarzt / leitender Arzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift

_____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift

_____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1.

(Adresse)
soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(Adresse)
soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

1) Voraussetzung

- a) Ich bin als Chirurg zugelassen.
- b) Voraussetzung zur Leistungserbringung ist das Vorliegen eines durch die KVB ausgestellten **gültigen Hygiene-Zertifikats** sowie die **elektronische Dokumentation** aller abgerechneten präventiven und kurativen Koloskopien. Läuft die Gültigkeitsfrist des Zertifikats während eines Quartals ab, ist die Teilnahme noch bis zum Ende des Quartals möglich. Bei rechtzeitigem Vorliegen eines erneuten Zertifikats verlängert sie sich.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für die Leistungen der Koloskopie nach den Nrn.

- 13421 EBM (Koloskopischer Komplex) gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nr. 10 und
- 13423 (Zuschlag zu Nr. 13421 EBM) gemäß § 3 i.V.m. Anlage 2 Nr. 7

des Strukturvertrages für die von fachärztlichen Internisten erbrachte Leistungen.

Ich erbringe diese Leistungen:

- a.) in meiner Praxis und/oder
- b.) außerhalb meiner Praxis

und zwar bei (Name, Anschrift):.....
.....

Vergütungsvoraussetzung im Rahmen des Strukturvertrages ist, dass 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.

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, 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 nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes
------------	---

Ort, Datum	Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes
------------	--

Anlage 2 zum Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen sowie hausärztlicher Leistungen

1. Mit einem Punktwert von 3,55 Cent werden vergütet:

1.1 Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM der Kategorien 3 bis 7

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	Bezeichnung
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3
31105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A 5
31106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A 6
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31103.
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5
31116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6
31117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31113, 31114, 31115, 31116, 31117.
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3
31124	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6
31127*	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C7
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31123, 31124, 31125, 31126.
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5
31136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31133, 31134, 31135, 31137.
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6

31147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31143, 31144, 31145, 31146.
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5
31156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6
31157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31153, 31154, 31155.
31163	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3
31165*	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5
31166*	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6
31167*	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7
31168	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31163
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5
31176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6
31177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31173, 31174, 31175.
31195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5
31196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6
31197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5
31206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6
31207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31203, 31204, 31205.
31215*	Eingriff der Kategorie L5
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5
31226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6
31227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31223, 31224, 31225.
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4
31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5

31236	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N6
31237*	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N7
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31233, 31234, 31235, 31236.
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4
31245	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5
31246	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6
31247	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31243, 31244, 31245, 31246, 31247.
31254	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5
31256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6
31257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7
31258	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31254, 31255.
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5
31276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6
31277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31273, 31274, 31275.
31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4
31285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5
31286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6
31287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31283, 31284.
31294	Endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie R4
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31294.
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3
31305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5
31306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6
31307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31303.
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3
31315	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31313, 31315.
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3
31325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5

31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31323.
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4
31335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5
31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31333, 31334.

*** gefördert ab 01.04.2008**

1.2 Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 der Kategorien 1 und 2:

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	Bezeichnung
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31101, 31102.
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31112.
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31121, 31122.
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31131, 31132.
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31241, 31242
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31152
31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31172
31191	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1
31198	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31191
31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31202
31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2
31218	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31212
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31221, 31222
31231	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N1
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31231, 31232

31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31242
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31272
31281	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R1
31282	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R2
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31281, 31282
31292	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31292
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31301.
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31312.
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2
31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31321, 31322.
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2
31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31331, 31332.
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1
31348	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31341
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2

1.3 Sonstige ambulante Operationen:

GOP	Bezeichnung
01853	Infiltrationsanä.z.Durchfg.d.Ster.b.Mann
01854	Sterilis.d.Mannes
01855	Sterilis.d.Frau
01856	Narkose i.Z.m. e. Sterilisation
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation
10320T	Nr. 10320 bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen. Die Abrechnungsbestimmungen des EBM zu Nr. 10320 gelten für die Nr. 10320T entsprechend.
10322T	Nr. 10322 bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen. Die Abrechnungsbestimmungen des EBM zu Nr. 10322 gelten für die Nr. 10322T entsprechend.
97001	ambulante Operationen maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund
97002	ambulante Operationen großer maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund

1.4 Ambulante Anästhesien durch Anästhesisten:

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	Bezeichnung
05320	Leitungsanästhesie Nerven od. Ganglion
05330	Anästhesie u/o Narkose
05331	Zuschlag zu Nr. 05330
05340	Überwachung d. Vitalfunktionen
31820	Leitungsanästhesie an Schädelbasis
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.

1.5 Postoperative Überwachung nach ambulanter Operationen gemäß Nrn. 1 und 2:

Gefördert werden - wie bisher - die nachstehend aufgeführten postoperativen Überwachungskomplexe, nach ambulanten Operationen gem. Nr. 1.1 und 1.2, bei gleichzeitiger Durchführung ambulanter Anästhesien aus dem Kapitel 31.5 EBM.

GOP	Bezeichnung
31501	postoperative Überwachung 1
31502	postoperative Überwachung 2
31503	postoperative Überwachung 3
31504	postoperative Überwachung 4
31505	postoperative Überwachung 5
31506	postoperative Überwachung 6
31507	postoperative Überwachung 7

2. Zuschlag belegärztliche Geburten:

GOP	Bezeichnung
97912	Zuschlag für die Nrn. 08411, Wert 50 €

3. Leistungen von fachärztlichen Internisten mit Punktwert von 4,15 oder 4,88 Cent ab 01.01.2008:

GOP	Bezeichnung	Punktwerte
	Kardiologie Nachstehende Leistungen der Kardiologie, wenn die Leistungen nach den Nrn. 33030, 33031, 13545, 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	4,88 Cent
33031	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung bei Belastung	4,88 Cent
13545	Kardiolog.-diagn. Komplex, FA f. Inn. Med., Schwp. Kardiologie und nach Genehmigung	4,15 Cent
13550	Kardiolog.-diagn. Komplex, FA f. Inn. Med., Schwp. Kardiologie und nach Genehmigung	4,15 Cent
33022	Farbcod.Dopplerechokardiogr.Untersg, ab Quartal 3/2008 nur noch für Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie	4,88 Cent
33023	Zus.z.Nr. 33022 b.transösoph.Durchfg, ab Quartal 3/2008 nur noch für Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie	4,88 Cent
13552	Funkt.analyse e. Herzschrittmachers	4,88 Cent
13551	Elektrostimulat.d.Herzens	4,88 Cent
	Angiologie/Endokrinologie, ab Quartal 3/2008 nur noch für Internisten mit Schwerpunkt 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	4,88 Cent

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	4,88 Cent
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	4,88 Cent
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	4,88 Cent
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	4,88 Cent
33075	Zuschlag zu 30070 bis 33074 Farbcod.	4,88 Cent
13300	Angiol.-diagnost. Komplex, FA f. Inn. Med. Schw. Angiologie, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	4,15 Cent
	Pulmologie und Lungenärzte	
13662	Bronchoskopie	4,88 Cent
13663	Zuschlag zu 13662 ,	4,88 Cent
13670	Thorakoskopie	4,88 Cent
	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	4,15 Cent
13401	Zuschlag zur 13400	4,15 Cent
13402	Zuschlag zu 13400	4,15 Cent
13430	bilio-pankreat.-diagn. Komplex,	4,88 Cent
13431	bilio-pankreat.-therap. Komplex,	4,88 Cent
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.	4,88 Cent
13423	Zuschlag zu 13421	4,88 Cent

4. Leistungen der Schlafstörungsdiagnostik mit Punktwert 4,82 Cent:

GOP	Bezeichnung
30900	Polygraphie bis 30.06.2008

**5. Prä- und postoperativer Untersuchungskomplex mit Punktwert 4,76, ab 01.04.2008
4,78Cent:**

GOP	Bezeichnung
31010A (1020 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, 0-12 Jahre
31011A (1020 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, bis 40 Jahre
31012A (1.235P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, 40-60 Jahre
31013A (1.335P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, nach 60 Jahre

**6. Folgende von Chirurgen erbrachten Leistungen mit Punktwert 4,88 Cent (wie Fach-
internisten:**

GOP	Bezeichnung
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 In der Abrechnung als 13421C ausgewiesen

Anlage 3 zum Strukturvertrag

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gemäß § 2 Abs. 1 des Strukturvertrages zu den von ihnen durchzuführenden Praxisbegehungen:

- (1) Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB:
 - a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V.
 - b) Unabhängig von a) möglich nach Abgabe der Erklärung gemäß § 2 des Strukturvertrages.

(vgl. Protokollnotiz)
- (2) Die Vertragspartner beauftragen von Abs. 1 abweichend die „Kommission Ambulantes Operieren - Bayern“ gemäß § 5 Abs. 2 bis 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V mit der Durchführung der Begehungen nach § 4 Abs. 2 entsprechend der geltenden Geschäftsordnung; die nähere Durchführung regelt die Kommission selbst.

- (3) 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 Abs. 1 a) wird die Praxisbegehung unverzüglich durchgeführt.

Protokollnotiz:

- (1) Die KVB informiert die Vertragspartner über die Begehungen und deren Ergebnisse. Auf Wunsch können die Vertragspartner an den Praxisbegehungen teilnehmen.
- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des 1. Quartals 2008 die Förderung der fachinternistischen Leistungen ab 01.07.2008 zu überarbeiten.

Anlage 2 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag

Strukturvertrag

**über die strukturelle und finanzielle
Förderung ambulanter Kataraktoperationen**

zwischen der

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Anlage 2 gilt in der Fassung des 22. Nachtrages weiter mit folgenden Änderungen:

Die vereinbarten Pauschalen erhalten ab 01.01.2008 folgende Werte:

GOP	Pauschalen in €
97401	50,83
97402	526,01
97402A	191,20
97402B	317,44
97402C	208,58
97403	86,65
97403A	43,46
97404	20,33
97405	50,83

Anlage 1
zum Strukturvertrag ambulante Kataraktoperationen

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Eisenheimerstr. 39
80689 München

Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag
über die strukturelle und finanzielle Förderung
ambulanter Kataraktoperationen
- gültig ab 01.01.2008 -

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers:

ANR: _____ **UND – soweit bereits vergeben:**

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ *Vertragsarzt / leitender Arzt*
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift _____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift _____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes:

ANR: _____ **UND – soweit bereits vergeben:**

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes:

4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass die „Kommission Ambulantes Operieren – Bayern“ nach Maßgabe der Anlage 2 die von mir genutzten Operationsräume begeht und auf Übereinstimmung mit den Qualifikationsanforderungen gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b SGB V überprüft.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes
------------	---

Ort, Datum	Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes
------------	--

Anlage 3 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag

V e r t r a g

über die Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie

Die Anlage 3 und Ihre Anlagen gelten in der Fassung des 23. Nachtrages zum Gesamtvertrag mit nachstehender Änderung weiter und endet am 31.03.2008.

In § 3 wird der Punktwert ab 01.01.2008 von 5,08 Cent auf 4,20 Cent geändert.

Anlage 4 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag

Regionale Vereinbarung

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen**

(STRUKTURVERTRAG)

§ 1 Ziel des Vertrages

Ziel dieses Vertrags ist es, diejenigen Fachgruppen bzw. Untergruppen einer Fachgruppe zu fördern, bei denen die Erbringung bestimmter Leistungen zur Sicherstellung einer qualifizierten vertragsärztlichen Versorgung vordringlich ist. Gleichzeitig wird besonderer Wert auf zusätzliche Qualitätssicherungsaspekte gelegt, die dazu beitragen sollen, die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu steigern und bessere Qualität honorarpolitisch auch zu würdigen.

§ 2 Teilnahme

- (1) Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrags auf den Vertragsarzt ist die Zulassung in dem jeweils angegebenen Fachgebiet und ggf. die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVB. Die Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist erforderlich, wenn Leistungen nach § 3 mit Ausnahme der Absätze 3, 4, 5 und/oder 8 erbracht werden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung

- verpflichtet sich der Vertragsarzt, die Zielsetzungen des Strukturvertrages zu verfolgen,
- übernimmt es der Vertragsarzt, die ihn betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Strukturvertrag zu erfüllen und
- verpflichtet sich der Vertragsarzt nach Maßgabe des § 4 die Praxisbegehung und Überprüfungen bei Begehung zu gestatten bzw. die Gestattung des Berechtigten beizubringen und im erforderlichen Umfang mitzuwirken.

Die Teilnahmeerklärung ist in der Fassung der Anlage 1 abzugeben.

- (2) Die Teilnahmeberechtigung kann auf Antrag der AOK Bayern durch die KVB entzogen werden, wenn der Vertragsarzt die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Strukturvertrag (Absatz 1 Satz 3) nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 3 verstößt. Die Teilnahmeberechtigung ist zu entziehen, wenn der Vertragsarzt die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen wiederholt zu den vereinbarten Bedingungen verweigert.

- (3) Die Teilnahme an diesem Strukturvertrag endet

- mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
- mit Beendigung der Zulassung in jeweils angegeben Fachgebiet,
- mit dem Verzicht des Arztes auf die Teilnahme.

Die Teilnahme an dem Vertrag endet, ohne dass es eines Entzugs der Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 bedarf, wenn der Arzt die zur Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung nicht erklärt oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung (Abs. 1 Satz 2, Anlage 3) verweigert.

- (4) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die KVB ein Verzeichnis, das der AOK Bayern quartalsweise in einer Datei, differenziert nach den verschiedenen Arten der Strukturvertragsteilnehmer zur Verfügung gestellt wird.

§ 3 Leistungskatalog und Vergütung

(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.

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

(2) Leistungen der Mammographie

Die Leistungen der Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272, 34273 und 34274 EBM werden mit einem Punktwert von **4,87 Cent** vergütet, sofern eine von der KVB ausgestellte Rezertifizierungsurkunde vorliegt und die Auflage erfüllt wird, dass die erbrachten Leistungen über eine von der KVB zertifizierte Software elektronisch dokumentiert werden. Die KVB kann Stichprobenprüfungen vornehmen, in deren Rahmen die Anzahl der dokumentierten Leistungen der Anzahl der abgerechneten Leistungen gegenübergestellt wird.

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, 01412N und 01415 EBM werden mit einem Punktwert von **4,56 Cent**, ab 01.04.2008 **4,61 Cent** vergütet.
- b) Die Nrn. 01100, 01101 EBM werden mit einem Punktwert von **4,53 Cent**, ab 01.04.2008 **4,61 Cent** vergütet
- c) Die Nrn. 01210 und 01211 werden bis 31.03.2008 mit einem Punktwert von **5,08 Cent** vergütet. Ab dem 01.04.2008 wird die Nr. 01210 EBM mit einem Punktwert von **3,1 Cent**, die Nr. 01211 EBM mit **5,0 Cent** vergütet. Voraussetzung für die Vergütung der Nr. 01211 EBM ist eine Teilnahme am organisierten Bereitschaftsdienst bzw. der Nachweis durchgeführter Besuche innerhalb der letzten 4 Quartale.

(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 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 der 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, 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 (VDX-Viewer, Konto 400).

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 mit einem Punktwert von

- **4,324 Cent** für zugelassene Ärzte
- **3,70 Cent** für ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen vergütet.

Abweichend von Satz 2 wird

- bei Teilnahme an der Vereinbarung über die Einführung von Medikamentenpauschalen auf INN – Basis (INN – Vereinbarung) ein Punktwert von 5,00 Cent vom 01.01.2008 bis 31.12.2008 vergütet.
- bei der Zusammenarbeit mit einer Apotheke, mit der die AOK Bayern einen Vertrag nach § 129 Abs. 5 SGB V hat, ab 01.07.2008 ein Punktwert von **5,00 Cent** vergütet. Gleiches gilt bei der mittelbaren Zusammenarbeit mit einem Betrieb mit Herstellungserlaubnis gemäß § 13 Abs. 1 AMG zur Herstellung von patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen als Rezepturarzneimittel, der mit der AOK Bayern eine Rabattvereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V hat.
Die AOK Bayern meldet diese Vertragsärzte der KVB rechtzeitig für jedes Abrechnungsquartal bis zum 15. des 2. Quartalsmonats, beginnend ab dem 3. Quartal 2008.

(7) 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 **4,80 Cent** vergütet. Diese Vereinbarung endet am 30.06.2008.

(8) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychiatern erbrachte Leistungen nach den Nrn. 14220, 14222 und 14310 EBM werden mit einem Punktwert von **4,17 Cent** vergütet. Ab dem 01.07.2008 beträgt der vorläufige Punktwert 4,00 Cent. Die endgültige Vergütung wird im VDX-Viewer unter Konto 400, Vorgang 102, ausgewiesen.

tige Vergütung/Punktwert wird ab dem 3. Quartal 2008 quartalsweise nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse auf der Basis des Gesamtvergütungsanteils für diese Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals berechnet.

(9) 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 **4,48 Cent** vergütet, sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezahl für Leistungen nach Kapitel 21 EBM2000plus je Praxis mehr als 70 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezahl je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz ist das Abrechnungsquartal 2/2006. Unabhängig von Sätzen 1 und 2 können auch Psychiater teilnehmen, die sich an einem von den Vertragspartnern anerkannten Praxisverbund mit heimbezogenem Versorgungsauftrag beteiligen. Für Praxisneugründungen gilt als Berechnungsquartal das erste Quartal nach Zulassung bzw. bei Zulassung während des Quartals das nächst folgende.

Die Vereinbarung endet am 30.06.2008.

(10) Hörgeräteanpassung

Von zugelassenen HNO - Ärzten im Rahmen der Hörgeräteanpassung erbrachte Leistungen werden mit einem Punktwert von **4,93 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.

Diese Vereinbarung endet am 30.06.2008.

(11) 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 **5,08 Cent**, nach der Nr. 01733 EBM mit einem €-Betrag in Höhe von **7,12 €** 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 **4,324 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.

Die vertragliche Regelung zu 2. endet zum 30.06.2008.

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.

§ 4 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 § 2 des Strukturvertrages.

(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 Abs. 1 a) wird die Praxisbegehung unverzüglich durchgeführt.

§ 5 Finanzierung

- (1) Die Leistungen nach § 3 werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

Die Änderungen des EBM2008 wurden kostenneutral auf die Punktwerte der einzelnen Leistungen umgerechnet. Somit ist die Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V gewahrt.

§ 6 Laufzeit

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2008 in Kraft und endet zum 31.12.2008.
- (2) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Protokollnotiz zu § 4

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

Anlage 1
zum STRUKTURVERTRAG

über die

**strukturelle und finanzielle Förderung
ausgewählter Leistungen**

Teilnahmeerklärungen wurden wie folgt geändert:

Mammographie

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Teilnahmeerklärung an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (STRUKTURVERTRAG) - gültig ab dem 01.01.2008 -

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben: LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ Vertragsarzt / leitender Arzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift _____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift _____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:
LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:
LANR: _____
(Abrechnungsnummer) (lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

1. Voraussetzungen

a) Zertifizierungsurkunde

Voraussetzung für eine Teilnahme am Strukturvertrag ist das Vorliegen einer durch die KVB ausgestellten gültigen Rezertifizierungsurkunde. Läuft die Gültigkeitsfrist der Rezertifizierungsurkunde während eines Quartals ab, ist die Teilnahme noch bis zum Ende des Quartals möglich. Bei rechtzeitigem Vorliegen einer erneuten Rezertifizierungsurkunde verlängert sich die Teilnahme.

b) Elektronische Dokumentation

Darüber hinaus erfolgt die Teilnahme für alle am Strukturvertrag teilnehmenden Kostenträger unter der Auflage, dass erbrachte Leistungen über eine von der KVB zertifizierte Software elektronisch dokumentiert werden. Die KVB kann Stichprobenprüfungen vornehmen, in deren Rahmen die Anzahl der dokumentierten Leistungen der Anzahl der abgerechneten Leistungen gegenübergestellt wird.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem ergänzten Strukturvertrag für die Leistungen der Mammographie nach Ziffer 34270, 34271, 34272 und 34273 des EBM 2000plus.

Ich erbringe diese Leistungen: a) in meiner Praxis und/oder

b) außerhalb meiner Praxis
und zwar bei (Name, Anschrift):

.....
.....
.....

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, die mich betreffenden Anforderungen 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

Aufgrund meiner Teilnahme am Strukturvertrag bin ich damit einverstanden, dass die KVB die anonymisierten Daten außer zum Zweck der Abrechnungsprüfung auch zu Zwecken der Qualitätssicherung und Evaluation nutzen kann.

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe des Strukturvertrages eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

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

Ort, Datum	Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes
------------	---

Ort, Datum	Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes
------------	--

Teilnahmeerklärung
an der
Regionalen Vereinbarung über die
strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen
(STRUKTURVERTRAG)
- gültig ab 01. 04. 2008 -

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers:

ANR: _____ **UND – soweit bereits vergeben:**

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ *Vertragsarzt / leitender Arzt*
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift

_____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift

_____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes:

ANR: _____ **UND – soweit bereits vergeben:**

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes:

ANR: _____ **UND – soweit bereits vergeben:**

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ *angestellter Arzt* seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

1. Voraussetzung

Voraussetzung zur Leistungserbringung ist eine entsprechende Genehmigung hinsichtlich der Nummer 86501 EBM durch die KV.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an dem Strukturvertrag für **onkologische Leistungen** gemäß § 3 des Strukturvertrags: Alle 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 mit einem festen Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

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

3. Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich mich, 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 nach Maßgabe des § 4 des Strukturvertrags eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume durchgeführt wird.

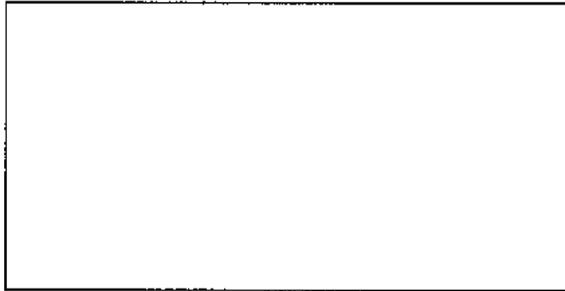
5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

Ort, Datum

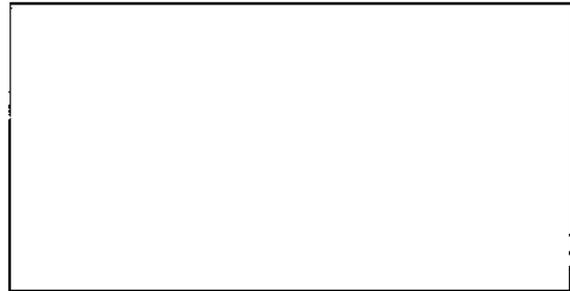
Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes



Eingangsstempel der
KVR



Arztstempel

**Antrag auf Genehmigung
zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle
Förderung ausgewählter Leistungen - Zytologie
(§§ 2 Abs. 1, 3 i.V.m. Anlage 1 zum Strukturvertrag)
- gültig ab 01.01.2008 -**

A.

Antragsteller:

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

Name, Vorname des Antragstellers:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt seit/ab: _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH)

Ich bin im MVZ _____ *Vertragsarzt / leitender Arzt*
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)
seit/ab: _____

_____ Praxisanschrift _____ Telefonnummer

_____ Wohnanschrift _____ Telefonnummer

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____

(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Name, Vorname des angestellten Arztes:

ANR: _____ UND – soweit bereits vergeben:

LANR: _____
(Abrechnungsnummer)

(lebenslange Arztnummer)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten)

1.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

2.

(Adresse)

soweit bereits vergeben: **BSNR:** _____ (Betriebsstättennummer)

B. In Kenntnis der (diesem Antragsformular als Anlage beigefügten, mit den Regionalen Krankenkassen vereinbarten) **Teilnahmebedingungen**

➤ stelle ich den **Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Strukturvertrag),**

➤ melde mich

zur Prüfung gemäß Ziff. 3 der Anlage zum Antrag, oder

zum Kolloquium gemäß Ziff. 4

an, oder

füge diesem Antrag einen Nachweis über die **Genehmigungsprüfung gemäß Ziff.**

und

➤ gebe nachfolgende **Erklärungen** (Abschnitte C. bis G.) ab:

C. Zur fachlichen Qualifikation:

➤ Ich verfüge über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 19311 EBM auf der Grundlage der Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung).

➤ Die in meinem Labor/meiner Praxis beschäftigten zytologisch tätigen, nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind ausgebildete und geprüfte Zytologie-Assistenten.

Zum Nachweis d. fachlichen Qualifikation der bei mir beschäftigten Zytologie-Name d. Assistent/in:

.....

Bezeichnung des Nachwei-

ses:.....

Name d. Assistent/in:

.....

Bezeichnung des Nachwei-

ses:.....

(Bei mehr als zwei Assistenten verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt.)

D. Zur räumlichen und apparativen Ausstattung sowie Organisation meines Labors:

- In meinem Institut verfüge ich pro zytologisch tätiger Ganztagskraft über mindestens ein binokulares Lichtmikroskop mit Objektiven zur jeweils 10- und 40-fachen Vergrößerung sowie über eine nach Papanicolaou modifizierte Färbereinrichtung. Darüber hinaus verfüge ich über Glas- oder Folieneindeckungsverfahren zur Eindeckung der Präparate.
- Meine Praxis/mein Labor verfügt über
 - einen Annahmeplatz (Annahme und Nummerierung der Präparate),
 - einen Färberaum oder -platz, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamts Bayern genügt (Abzug, Feuerlöscher, Entsorgung etc.),
 - einen Mikroskopierraum oder -platz,
 - einen Arbeitsplatz zur Dokumentation, Registratur und EDV,
 - einen Archivraum oder -platz für Präparate und Durchschläge der Befunde,
 - einen Lagerraum oder -platz für Chemikalien, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamtes Bayern genügt und
 - einen Arztarbeitsraum.
- Mein EDV-System ist mit einer umfangreichen, patientenbasierten Archivierungsmöglichkeit zur Dokumentation, zum retrospektiven Vergleich zytologischer und histologischer Diagnosen und zur Erstellung statistischer Auswertungen ausgestattet.
- Die 10-jährige Aufbewahrungsfrist für alle Präparate und Befunde halte ich ein.

E. Zur Qualitätssicherung:

- Die Durchführung der zytologischen Untersuchungen in meinem Institut erfolgt nach Maßgabe der Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms.
- Bei zytologisch positiven Befunden mit histologisch negativer Abklärung fordere ich immer eine Zweitbefundung inkl. Dokumentation an.
- Die in meinem Labor beschäftigten, zytologisch tätigen Mitarbeiter nehmen regelmäßig an laborinternen Problemfallbesprechungen teil und haben jederzeit Zugang zur Fachliteratur.
- Den Qualitätssicherungsbericht reiche ich jährlich, jeweils fristgerecht bis zum 30.06. des Folgejahres bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein.
- Meine zytologisch tätigen, nichtärztlichen Mitarbeiter mikroskopieren jeweils nicht mehr als 10 Fälle pro Stunde.

F. Zu Fortbildungsmaßnahmen:

Ich verpflichte mich

- alle zwei Jahre an einer oder mehreren externen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, für die insgesamt mindestens 20 Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer vergeben werden (Inhalt: fachbezogene Vorträge und praktische Übungen am Mikroskop) und
- den in meinem Labor/meiner Praxis beschäftigten Zytologie-Assistenten alle drei Jahre die Teilnahme an einer externen Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen.

- Die Teilnahmebestätigungen der Fortbildungen reiche ich jeweils fristgerecht bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein.

G. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass

- die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gemäß § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt,
- die KVB gemäß §2 Abs. 1 des Strukturvertrages berechtigt ist, Praxisbegehungen durchzuführen,
- die KVB berechtigt ist, die zur Überprüfung der Einhaltung der genannten Voraussetzungen und Qualifikationen erforderlichen Nachweise anzufordern sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen,
- mein Name und meine Praxisanschrift bei Teilnahme am Strukturvertrag Zytologie durch die KVB veröffentlicht wird.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Eisenhelmerstr. 39
80687 München

ANLAGE zum Antrag

gemäß §§ 2 Abs. 1, 3 der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (Strukturvertrag) i.V.m. der Anlage 1 zum Strukturvertrag - Zytologie (Teilnahmebedingungen)

Präambel

Ziel der nachfolgenden Vereinbarung zwischen den Regionalkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist die Steigerung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zytologischer Untersuchungen (vgl. § 1 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag - Strukturvertrag).

1. Teilnahmeberechtigung

An dem Strukturvertrag Zytologie können alle Ärzte teilnehmen, die

- 1.1.1 über die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der GOP 19311 EBM (Zytologie-Genehmigung) auf der Grundlage der Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung) verfügen,
- 1.1.2 die Prüfung gemäß Ziff. 3 oder das Kolloquium gemäß Ziff. 4 bestanden haben, oder innerhalb der letzten vier Jahre vor Antragstellung die Zytologie-Genehmigung aufgrund einer Prüfung gemäß Abschnitt C der Zytologie Vereinbarung (Genehmigungsprüfung) erlangt haben (ein Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Genehmigungsprüfung ist vorzulegen..)
- 1.1.3 folgende räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen erfüllen und mittels Erklärung bei der Antragstellung bestätigen:
 - pro zytologisch tätiger Ganztagskraft mindestens ein binokulares Lichtmikroskop mit Objektiven zur jeweils 10- und 40-fachen Vergrößerung sowie eine nach Papanicolaou modifizierte Färbereinrichtung
 - Glas- oder Folieneindeckungsverfahren zur Eindeckung der Präparate
 - Annahmeplatz (Annahme und Nummerierung der Präparate)
 - Färberaum oder -platz, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamts Bayern genügt (Abzug, Feuerlöscher, Entsorgung etc.)
 - Mikroskopierraum oder -platz
 - Arbeitsplatz zur Dokumentation, Registratur und EDV
 - Archivraum oder -platz für Präparate und Durchschläge der Befunde
 - Lagerraum oder -platz für Chemikalien, der den Anforderungen des Gewerbeaufsichtsamtes Bayern genügt
 - Arztarbeitsraum
 - ein EDV-System, das mit einer umfangreichen, patientenbasierten Archivierungsmöglichkeit zur Dokumentation, zum retrospektiven Vergleich zytologischer und histologischer Diagnosen und zur Erstellung statistischer Auswertungen ausgestattet ist,
- 1.1.4 sich verpflichten,
 - alle zytologischen Untersuchungen nach den „Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms“ durchzuführen und
 - bei zytologisch positiven Befunden mit histologisch negativer Abklärung immer eine Zweitbefundung inkl. Dokumentation anzufordern sowie

- 1.1.5** sich verpflichten,
- alle zwei Jahre an einer oder mehreren externen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen, für die insgesamt mindestens 20 Fortbildungspunkte der Bayrischen Landesärztekammer vergeben werden (Inhalt: fachbezogene Vorträge und praktische Übungen am Mikroskop) und
 - den in ihrem Labor beschäftigten Zytologie-Assistenten alle drei Jahre die Teilnahme an einer externen Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen.
- 1.2** Erlangt der Arzt die beantragte Genehmigung zur Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie, so werden die von ihm zur Abrechnung gebrachten und anerkannten zytologischen Leistungen ab dem Kalendervierteljahr, in dem er die Prüfung gemäß Ziff. 3 oder das Kolloquium gemäß Ziff.4 bestanden hat, mit dem gemäß § 3 Absatz 15 Ziff. 1 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag (Strukturvertrag) vereinbarten Punktwert vergütet. Wird die Genehmigung gemäß Ziff. 1.1.2 (zweiter Halbsatz) aufgrund der Genehmigungsprüfung erteilt, gilt dies für das Kalendervierteljahr, in dem der Bescheid über die Genehmigung zur Teilnahme am Strukturvertrag Zytologie erteilt wird, entsprechend.
- 1.3** Die Berechtigung zur Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie endet - ungeachtet des Endes gemäß § 2 Abs. 2 und 3 der Anlage 4 zum Gesamtvertrag (Strukturvertrag) –
- 1.3.1** nach vier Jahren mit dem Ende des Kalendervierteljahres im Fall 1.1.2 (erster Halbsatz).
- 1.3.2** vier Jahre nach Erlangung der Zytologie-Genehmigung mit dem Ende des Kalendervierteljahres im Fall des zweiten Halbsatzes 1.1.2.
- 1.3.3** Die weitere Teilnahme bedarf der erneuten Antragstellung. Insoweit gilt Ziff. 2.3.

2. Antragstellung

- 2.1** Die Teilnahme genehmigung ist unter Verwendung des beigefügten Antragsformulars sowie unter Vorlage der erforderlichen Nachweise bei der KVB zu beantragen.
- 2.2** Der Antrag auf Teilnahme genehmigung ist zugleich die Anmeldung zur Prüfung gemäß Ziff. 3 oder zum Kolloquium gemäß Ziff. 4.
- 2.3** Die Bestimmungen gemäß Ziff. 2.1 und 2.2 gelten für den Antrag auf weitere Teilnahme an dem Strukturvertrag-Zytologie entsprechend.

3. Prüfung

- 3.1** Die Prüfung wird von der KVB durchgeführt und soll innerhalb von sechs Monaten nach Eingang des Teilnahmeantrages stattfinden.
- 3.2** Die Prüfung erfolgt anhand einer von der KVB zusammengestellten Präparate-Mappe mit 20 zytologischen Präparaten unterschiedlicher Zusammensetzung. Der Anteil der positiven Präparate (Gruppen III D, IV a, V) beträgt in jeder der Prüfmappen 40-60% der gesamten 20 Prüfpräparate, wobei Präparate aus jeder der Gruppen III D, IV a und V enthalten sind.
Der Prüfungsteilnehmer befundet unter Verwendung des eigenen Mikroskops.

- 3.2.1** Auf dem für die Prüfung vorbereiteten Befundbogen sind folgende Angaben enthalten:
- Präparate-Nummer und
 - das Alter der Patientin, von der das Präparat stammt.
- 3.2.2** Der Prüfungsteilnehmer hat auf dem Befundbogen die zutreffende Gruppe nach der Münchener Nomenklatur (I/II, III D, IVa, V) anzugeben.
- 3.2.3** Für die Befundung der 20 Präparate stehen dem Prüfungsteilnehmer maximal vier Stunden zur Verfügung.
- 3.2.4** Die Prüfung ist bestanden, wenn aufgrund der Auswertung des Befundbogens durch die KVB gemäß Ziff. 3.1 keine falsch-negativen Befundungen und nicht mehr als eine falsch-positive Befundung erfolgt ist

Als falsch-negative Befundungen gelten:

- Gruppe I/II anstelle der zutreffenden Gruppen III D, IV a oder V
- Gruppe III D anstelle der zutreffenden Gruppe V

Als falsch-positive Befundungen gelten:

- Gruppen III D, IV a oder V anstelle der zutreffenden Gruppe I/II
- Gruppe V anstelle der zutreffenden Gruppe III D

Von der Gesamtzahl der positiven Präparate (III D, IV a, V) müssen mehr als 50% eindeutig der zutreffenden Gruppe zugeordnet worden sein.

- 3.2.5** Das Ergebnis der Prüfung wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB innerhalb von vier Wochen nach dem Prüfungstermin schriftlich mitgeteilt.
- 3.2.6** Die Prüfung kann bei Nichtbestehen innerhalb von vier Jahren zweimal wiederholt werden. Der Antrag auf Teilnahme an einer Wiederholungsprüfung kann frühestens drei Monate nach der vorausgegangenen Prüfung gestellt werden. Für den Antrag auf Teilnahme an einer Wiederholungsprüfung gelten die Bestimmungen gemäß Ziff. 2.1 und 2.2 entsprechend.

4. Kolloquium

- 4.1** Das Kolloquium wird von einer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hierfür eingerichteten fachkundigen Kommission, die aus drei Mitgliedern besteht, durchgeführt.
- 4.2** Eine Kolloquiumsteilnahme ist möglich, wenn in der Prüfung gemäß Ziff. 3 aufgrund der Auswertung des Befundbogens gemäß Ziff. 3.2.1 und 3.2.4
- (i) *keine falsch-positive Befundung und einmal die falsch-negative Befundung, „I/II anstelle der zutreffenden Gruppe III D“,*
 - oder
 - (ii) *keine falsch-negative Befundung und zweimal die falsch-positive Befundung, „I-II D anstelle der zutreffenden Gruppe I/II“,*
- erfolgt ist.
- Von der Gesamtzahl der positiven Präparate (III D, IV a, V) müssen mehr als 50% eindeutig der zutreffenden Gruppe zugeordnet worden sein. Ein Kolloquium findet nur in Anschluss an eine nicht-bestandene Prüfung gemäß Ziff. 3 statt.
- 4.3** Das Kolloquium unterteilt sich in einen schriftlichen und mündlichen Prüfungsteil:
- Befundung an 8 Präparaten mit Angabe der zutreffenden Gruppen innerhalb von 60 Minuten durch den Teilnehmer.

- Mündliche Prüfung vor der Kommission. Die mündliche Prüfung sollte mindestens 10 Minuten dauern. Ihre Dauer sollte 40 Minuten nicht überschreiten.

Die im Kolloquium verwendeten Präparate werden von der Kommission zusammengestellt. Über die mündliche Prüfung wird ein Verlaufsprotokoll angefertigt.

- 4.4** Die Kommission entscheidet im Anschluss an ein Kolloquium über das Bestehen des Kolloquiums. Das Ergebnis des Kolloquiums wird dem teilnehmenden Arzt von der KVB innerhalb von vier Wochen nach dem Kolloquiumstermin schriftlich mitgeteilt.

Anlage 5 zum 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag

I.

Bereitschaftspraxen

§ 1 Teilnehmende Bereitschaftspraxen

Die Teilnahmemöglichkeit an dieser Vereinbarung ist abhängig davon,

- ob ein Kooperationsvertrag mit der KVB besteht oder
- ob es sich um eine KVB-eigene Bereitschaftspraxis handelt und
- welcher Betrag zu Beginn der Vereinbarung durch den Arzt abgeführt wurde
- und von der Höhe des Fallwertes pro Arztgruppe

Die Details zu den Teilnahmevoraussetzungen sowie zu den teilnehmenden Bereitschaftspraxen sind in Anlage 2 geregelt.

§ 2 Vergütung

Vertragsärzte (in 1/2008 nur Hausärzte) von teilnehmenden Bereitschaftspraxen erhalten je abgerechnetem und anerkanntem Fall eine Pauschale in Höhe von 5,00 € als Kostenersatz.

§ 3 Finanzierung

1. Die Vergütung nach § 2 wird weiter gem. den Nrn. 2.10 und 2.11 des 23. Nachtrages zum Gesamtvertrag 2006 – 2007 finanziert.
2. Der Zuschlag wird im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90 ausgewiesen.

§ 4 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2008 in Kraft und endet zum 31.12.2008.

II.

Psychotherapeutische Leistungen

§ 1 Teilnehmende Praxen

An diesem Vertrag nehmen alle

- Psychologischen Psychotherapeuten mit VT (AG690)
- Psychologischen Psychotherapeuten ohne VT (AG700)
- ärztlichen Psychotherapeuten (AG500).

teil.

§ 2 Vergütung

Teilnehmer nach § 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.

§ 3 Finanzierung

1. Die Vergütung nach § 2 wird weiter gem. den Nrn. 2.10 und 2.11 des 23. Nachtrages zum Gesamtvertrag 2006 – 2007 finanziert.
2. Der Zuschlag wird im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90 ausgewiesen.

§ 4 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2008 in Kraft und endet zum 31.12.2008.

Ergänzende gesamtvertragliche Vereinbarung zu den Nrn. 8.2.1.2 und 8.3.6.6 des Honorarverteilungsvertrages (HVV) in der ab 01.01.2008 für die jeweiligen Quartale gültigen Fassung.

Anlage 6

zum

24. Nachtrag zum Gesamtvertrag und seinen Anlagen

über

die Voraussetzungen für eine Vergütung der Leistung nach Ziffer 33042 EBM (Sonographie Abdomen) nach Nr. 8.2.1.2 Satz 2 HVV und Nr. 8.3.6.6 Satz 2 HVV

1. Die Leistungen nach der Ziffer 33042 EBM werden entsprechend dem geltenden HVV nach Nr. 8.2.1.2 Satz 1 HVV und Nr. 8.3.6.6 Satz 1 HVV vergütet.

Abweichend von Satz 1 wird die Ziffer 33042 EBM nach Nr. 8.2.1.2 Satz 2 HVV und Nr. 8.3.6.6 Satz 2 HVV vergütet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- 1.1. Fachliche Voraussetzungen

Erfolgreiche Teilnahme am internetbasierten Programm zur Selbstüberprüfung (KVB – Tutorial „Sonographie Abdomen“).

Näheres siehe Anhang (QS-Programm Sonographie).

- 1.2. Apparative Voraussetzungen

Die von den teilnehmenden Ärzten für die erbrachten und abgerechneten Sonographien Abdomen (Nr. 33042 EBM) verwendeten Geräte müssen die Anforderungen der jeweils geltenden Ultraschall-Vereinbarung der KBV und der Regelungen des Qualitätssicherungsprogramms Sonographie der KVB aufweisen.

Näheres siehe Anhang (QS-Proramm Sonographie).

- 1.3. Nachweis

Die Voraussetzungen nach 1.1 und 1.2 müssen gegenüber der KVB nachgewiesen werden.

Näheres siehe Anhang (QS-Programm Sonographie).

2. Die Regelungen zur Praxisbegehung in Anlage 1 zum 27. Nachtrag zum Gesamtvertrag gelten entsprechend.
3. Der Zuschlag nach Nr. 8.2.1.2 Satz 2 HVV und Nr. 8.3.6.6 Satz 2 HVV (Nr. 99042) wird im VDX-Viewer unter Konto 400 Kapitel 90, Abschnitt 5 – sonstige Kosten innerhalb Budget -, ausgewiesen.
4. Die Anlage gilt ab dem 1. Quartal 2008.

Anhang
zur
Ergänzenden gesamtvertraglichen Vereinbarung
zu den Nrn. 8.2.1.2 und 8.3.6.6 des Honorarverteilungsvertrages (HVV)
in der Fassung vom 01.01.2008

Gliederung:

Präambel/Zielsetzung

§ 1 Allgemeines zum Qualitätssicherungsprogramm der KVB

§ 2 Zugangsvoraussetzungen zur Zertifizierung

§ 3 Nachweis der fachlichen Qualifikation

§ 4 Nachweis der apparativen Voraussetzungen

§ 5 Ausstellung des Zertifikats

§ 6 Geltungsdauer des Zertifikats

Anlage

Präambel / Zielsetzung

Sonographie ist das am häufigsten angewendete bildgebende Verfahren in der Medizin. Es basiert auf der unterschiedlich starken Reflektion von Ultraschallwellen an verschiedenen Gewebetypen, die im Ergebnis in Bilder umgewandelt werden. Die Sonographie dient als Basisdiagnostik zur Erkennung von pathologischen Veränderungen und zur Entscheidung über das weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen. Wesentlicher Vorteil des Verfahrens im Vergleich zu anderen Verfahren, wie z.B. Röntgen, ist die Unschädlichkeit der Untersuchung.

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der originären Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Zur Sicherung der Qualität in der Sonographie und zur Auffrischung der fachlichen Kenntnisse bietet die KVB deshalb seit dem 1. August 2006 allen bayerischen Ärzten mittels eines kostenlosen internetbasierten Tutorials die Möglichkeit, die eigenen Fachkenntnisse zu überprüfen.

§ 1 Allgemeines zum Qualitätssicherungsprogramm der KVB

Die Teilnahme an der Zertifizierung besteht aus zwei Teilen:

- Nachweis über erfolgreich absolviertes Tutorial
- Nachweis über geforderte Gerätequalität

§ 2 Zugangsvoraussetzungen zur Zertifizierung

Alle bayerischen Ärzte mit Sonographie Genehmigung der Anwendungsklasse V (Abdomen/Retroperitoneum) können sich mittels ihrer Extranetkennung unter www.kvb.de ins Tutorial einloggen.

§ 3 Nachweis der fachlichen Qualifikation

- (1) Das Tutorial gilt als erfolgreich bestanden, wenn mindestens 70% der Fragen richtig beantwortet wurden, dies entspricht 10 Fortbildungspunkten. Maximal können 15 Fortbildungspunkte erreicht werden.
- (2) Jeder Arzt hat zwei Versuche pro Halbjahr, um das Tutorial erfolgreich absolvieren zu können. Dazu erhält das Benutzerkonto des Arztes automatisch zum 1.1. und 1.7. zwei "Credits" gutgeschrieben. Mit jedem Start eines neuen Tutorials ist ein Credit fällig, d.h. nach

zwei Durchläufen - ob erfolgreich oder nicht - ist bis zum nächsten Stichtag kein weiterer Versuch möglich.

(3) Über einen definierten Ziehalgorithmus werden jeweils **30 Fälle** (10 Normalbefunde, 20 pathologische Befunde) aus dem Gesamtbestand der Fallsammlung ausgewählt, die dann im Rahmen des Tutorials vom Arzt zu bearbeiten sind. Dabei wird zum einen die natürliche Häufigkeit von Diagnosen und Befunden abgebildet, zum anderen ein möglichst umfassendes Spektrum an Möglichkeiten zur Selbstüberprüfung angeboten. Jeder Arzt muss somit 140 Fragen beantworten (10 Normalbefunde à 4 Fragen + 20 Pathologische Befunde à 5 Fragen).

(4) Die Fragen zu den Fällen erstrecken sich über vier Frageebenen:

Ebene 1: Befundung normal vs. pathologisch

Ebene 2: drei Anatomiefragen (bei Normalbefunden) bzw. Befundbeschreibung (bei pathologischen Befunden)

Ebene 3: Diagnosestellung bzw. -differenzierung (bei pathologischen Befunden)

Ebene 4: Weiteres Vorgehen (bei pathologischen Befunden)

(5) Die Fallsammlung enthält zum aktuellen Zeitpunkt **ca. 500 Fälle für den Anwendungsbereich Abdomen und Retroperitoneum für Erwachsene. Das Tutorial für Kinderärzte des selben Anwendungsbereiches umfasst eine Fallsammlung von ca. 300 Fällen.** Diese Fälle sind in normale und pathologische Befunde zu unterscheiden und repräsentieren alle praxisrelevanten Befunde des Anwendungsbereichs Abdomen und Retroperitoneum.

(6) Das Bildmaterial von **normalen Befunden**, also Fällen ohne krankhafte Veränderungen der Organe, setzt sich aus 1-5 Bildern sowie zusätzlich einem Bild mit markierten Strukturen für Anatomiefragen zusammen. Zu den fallspezifischen Basisinformationen gehören die obligatorische Angabe von Alter und Geschlecht des Patienten sowie die fakultative Angabe der anamnestischen Daten. Zusätzlich werden fallspezifische Antwortalternativen zu den einzelnen markierten Strukturen vorgegeben, wobei immer nur eine Antwort richtig ist.

(7) Das Bildmaterial von **pathologischen Befunden**, also von Fällen mit krankhaften Veränderungen der Organe, setzt sich aus 1-6 Bildern zusammen. Zu den fallspezifischen Basisinformationen gehören auch hier die obligatorische Angabe von Alter und Geschlecht des Patienten sowie die fakultative Angabe der anamnestischen Daten. Es werden jeweils fallspezifische Kriterien und Antwortalternativen zu den Frageebenen Befundbeschreibung, Diagnose bzw. Differentialdiagnosen, weiteres diagnostisches und/oder therapeutisches Vorgehen vorgegeben, wobei z. T. mehrere Antworten richtig sein können.

(8) Sämtliche Fälle der Fallsammlung wurden von **Experten** (Klinikärzten und spezialisierten Fachärzten, alle DEGUM-Seminarleiter oder mit vergleichbarer Qualifikation) zur Verfügung

gestellt und von einer **unabhängigen Kommission** aus Haus- und Fachärzten (größtenteils Mitglieder der Vorstandskommission Ultraschall) validiert.

§ 4 Nachweis der apparativen Voraussetzungen

(1) Als zweiter Baustein des QS Programms wurden Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung definiert. Diese sind vom Arzt bei Teilnahme am Programm mittels im Anhang beigefügter Gewährleistungserklärung nachzuweisen.

(2) Ultraschallgeräte erfüllen die Anforderungen an die Gerätequalität dann, wenn sie über mindestens 256 Graustufen verfügen. Alle weiteren Qualitätsparameter (Dynamik, Prozesskanäle, Bildrate, Sendeleistung, etc.) sind damit implizit erfüllt.

Begründung: Die Weiterentwicklung der Geräte hin zu 256 Graustufen war mit einem Innovationsschub verbunden. Im Zuge dessen wurden auch alle weiteren Qualitätsparameter verbessert. Somit ist die Anzahl der Graustufen hinreichend zur Beschreibung der Qualität eines Ultraschallgerätes.

§ 5 Ausstellung des Zertifikats

Das Zertifikat wird durch die KVB nach Nachweis der fachlichen und apparativen Voraussetzungen durch den Arzt ausgestellt.

§ 6 Geltungsdauer des Zertifikats

Das Zertifikat hat ab Eintrag ins Arztregister eine Gültigkeit von 5 Jahren.

Anlage

Gewährleistungserklärung

(Noch einfügen)

Modellrechnung 1



KVB 80684 München

Kassennummer: VKNR
Quartal: 1/2008
Seite: 1 von 2
Datum: xx.xx.2008

Kassenname

Alle Bezirksstellen

Ermittlung der Kopfpauschalen für pauschalisierte Leistungen je Krankenkasse für die Zeit vom 01.01.2008 bis 31.12.2008

	Allgemeine Krankenversicherung	Rentner Krankenversicherung
1 Ausgangsquartal 1/2007 (L'EPF140, Zeile 3)		
1.1 Bereinigungen		
1.1.1 DMP Brustkrebs 1/2008 (vgl. Anmerkung 1)		
1.1.2 DMP Asthma / COPD 1/2008 (vgl. Anmerkung 1)		
1.1.3 Belegärztliche Leistungen (vgl. Anmerkung 2)		
1.1.4 Bereinigung Strahlentherapie (vgl. Anmerkung 3)		
1.2 Zuführungen		
1.2.1 DMP Brustkrebs 1/2007 (vgl. L'EPF162, Quartal 1/2007)		
1.2.2 DMP Asthma 1/2007 (vgl. L'EPF162, Quartal 1/2007)		
1.2.3 Sonderbedarfszulassung (vgl. Anmerkung 4)		
1.2.4 EBM Nrn. 01420, 01422, 01424 und 01610 (vgl. KTLIST, Quartal 1/2007)		
2 Bereinigte Gesamtvergütung 1/2007 (Z.1 - (Z.1.1.1 bis Z.1.1.4) + (Z.1.2.1 bis Z.1.2.4))		
2.1 Zuführung Bereinigung Praxisnetze 1/2007 (vgl. L'EPF162, Quartal 1/2007)		
2.2 Bereinigung Praxisnetze 1/2008 (vgl. L'EPF151, Zeile 7)		

Bereinigte Gesamtvergütung 1/2007
(Z.2 + Z.2.1 – Z.2.2)

4 Mitgliederzahlen 1/2007

5 Kopfpauschale 1/2007
(Z.3 : Z.4)

6 Veränderungsraten

6.1 Grundlohnsummensteigerung 2008 0,64 %

7 Steigerungsbetrag 1/2008
(Z.5 * Z.6.1)

8. Bereinigung wegen IV Verträgen 0,636 %

8.1 Absenkungsbetrag 1/2008

8 Kopfpauschale 1/2008
(Z.5 + Z.7)

Punktwert zur Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu den Zeilen 1.1.1, 1.1.2 und 2.2:

Quartal 1/2008 (Punktwert RK Gesamt) 3,09 Cent

Basis VDX: (Vergütung budgetiert – Leistungsbedarf/Euro budgetiert) / Leistungsbedarf/Pkt. budgetiert)

Anmerkung 1 (zu Zeile 1.1.1 und 1.1.2):

Ermittlung der Häufigkeit der Leistungen gem. Anlage 12 zum DMP Brustkrebs Vertrag bzw. gem. DMP Asthma/COPD Vertrag oder Anlage K zum Gesamtvertrag. Die Häufigkeit je GOP wird multipliziert mit der Punktezahl je GOP. Die Gesamtpunktezahl (Summe aller GOP's) wird mit dem Punktwert RK des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert und ergibt den Bereinigungsbetrag.

Anmerkung 2 (zu Zeile 1.1.3):

Der anerkannte Leistungsbedarf (in Euro und in Punkten) für belegärztliche Leistungen wird für jedes Quartal der Jahre 2000 bis 2004 ermittelt. Diese quartalsbezogenen Beträge der Jahre 2000 bis 2004 werden summiert, durch 5 geteilt und um die in dem jeweiligen Quartal als Einzelleistung vergüteten belegärztlichen Leistungen vermindert (der Anteil hierfür wird aus den vergleichbaren Quartalen des Jahres 2006 herangezogen – Basis VDX). Der Bereinigungspunktwert beträgt für alle Quartale einheitlich 3,5 Cent. Die Aufteilung auf AV und RV erfolgt für alle Quartale in dem Verhältnis des Quartals 2/2005 (Basis VDX).

Anmerkung 3 (zu Zeile 1.1.4):

1. Ermittlung des Leistungsbedarfs der Leistungen des Kap. T, Abschnitte I. bis IV: EBM 2004, die innerhalb der pauschalierten GV vergütet wurden, auf Regionalkassenbasis
2. Ermittlung des Leistungsbedarfs der Leistungen des Kap. T, Abschnitte I. bis IV. EBM 2000, die 2004 innerhalb der pauschalierten GV vergütet wurden, auf Regionalkassenbasis
3. Ermittlung des Mittelwertes und % Anteil, der auf 2004 anzuwenden ist.
4. Ermittlung des Leistungsbedarfs der Leistungen des Kap. T, Abschnitte I. bis IV. EBM 2004, die innerhalb der pauschalierten GV vergütet wurden, multipliziert mit dem Prozentsatz aus 3.
5. Bereinigungsbetrag: LB nach 4. je Quartal multipliziert mit dem Kassenpunktwert des jeweiligen Quartals 2004.

Anmerkung 4 (zu Zeile 1.2.3):

Gesamtbetrag je Quartal «KTART»: 0,00 €; Aufteilung auf AV/RV im Verhältnis der M/R im jeweiligen Quartal des Jahres 2008

Modellrechnung 2

L'EPF140

Anlage 2 - Listbildentwurf

Berechnung der Gesamtvergütung
gemäß Anlage A Ziffer 1 zum Honorarvertrag
- Primärkassen -

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

L'EPF140-PK
Erstellt am 12.01.00 um 16:43 Uhr

KVB – Gesamt

Abrechnungsquartal 3/01

Kasse XX/XXX

Beispiel

Versicherte

Familienangehörige

Rentner

Gesamt

1. Mitgliederzahlen
2. Kopfpauschale pauschalierte Leistungen
(Lt. Liste L'EPF162)
3. Gesamtvergütung pauschalierte Leistungen
(Ziffer 1 x Ziffer 2)
4. Leistungsbedarf pauschalierte Leistungen
Formblatt-3-eigene Ärzte
FBL-3-Positionen D993997 Summe budgetierter
Leistungen
5. Aufteilung der Gesamtvergütung pauschalierte Leistungen für Versicherte und Familienangehörige nach dem Verhältnis von Ziffer 3.