

## **Vereinbarung**

zwischen

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

und

**der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**

über

**den Abschluss  
eines 23. Nachtrages  
zum**

**Gesamtvertrag  
und seinen Anlagen**

## Gliederung:

1. Neufassung der Anlage A (S. 3 ff.)
  - I. Für die Zeit vom 01.01.2006 bis 31.12.2006 (S. 3 ff.)
    1. Kopfpauschale (S. 3 f.)
    2. Erstattungen/Einzelleistungen außerhalb der Kopfpauschale (S. 7 ff.)
    3. Fremdarztfälle (S. 9)
    4. Nachtragsfälle (S. 9)
    5. Verrechnung der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V (S. 9)
  - I a. Für die Zeit vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 (S. 5 ff.)
    1. Kopfpauschale (S. 5 f.)
    2. Erstattungen/Einzelleistungen außerhalb der Kopfpauschale (S. 7 ff.)
    3. Fremdarztfälle (S. 9)
    4. Nachtragsfälle (S. 9)
    5. Verrechnung der Zuzahlungen nach § 32 Abs. 2 SGB V (S. 9)
  - II. Feststellung, dass Gut-/Lastschriften aus sachlich-rechnerischer Prüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung etc. Kopfpauschale nicht verändert (S. 9)
  - III. Unterlagen (Daten), welche die Vertragspartner der Vereinbarung zugrundelegen (S. 10)
  - IV. Prüfung der Krankenhauseinweisungen (S. 10)

Protokollnotizen (zur Neufassung der Anlage A) (S. 11)

2. Neufassung der Anlage B (S. 12 ff.)
3. Neufassung der Anlage C (S. 17 ff.)
4. Neufassung der Anlage D (S. 24)
5. Weitergeltung der Anlagen C, E, F und H (S. 25)
6. Inkrafttreten (S. 25)

Anlage 1 zum 23. Nachtrag – Strukturvertrag (S. 26 ff.)

Anlage 2 zum 23. Nachtrag - Strukturvertrag ambulante Kataraktoperationen (S. 48)

Anlage 3 zum 23. Nachtrag - Vertrag über die Verbesserung der Transparenz der Leistungserbringung bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie (S. 49)

Anlage 4 zum 23. Nachtrag - Regionale Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen (S 50 ff.)

Modellrechnung 1 (S. 60)

Modellrechnung 2 (S. 63)

## **1. Mit Wirkung ab 1. Januar 2006 erhält die Anlage A folgende Fassung:**

### **I.**

Für die Zeit vom **01. Januar 2006 bis 31. Dezember 2006** 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 2005 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 bereinigt:

- Amb. Operieren, fachinternistische Komplexleistungen, Notfallordinationskomplex (nur 1/2006)
- MRT Angiographie: Um die in den Quartalen 3/2005 und 4/2005 abgerechneten MRT – Angiographien nach den Nrn. 34470 bis 34492 EBM, verteilt zu gleichen Teilen auf die 4 Quartale des Jahres 2005 (entsprechend Bundesempfehlung)
- Radionuklidkosten ab 2/2006: Um 50 % der in den Quartalen 2/2005 bis 1/2006 abgerechneten Radionuklid-Leistungen nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM
- DMP Asthma: Um die in den Quartalen 2/2006 bis 4/2006 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

1.3.2 Die in den Quartalen des Jahres 2005 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 erhöht für:

- Psychiatrische Leistungen, Punktion und Szintigraphien (nur 1/2006)
- Sonderbedarfszulassungen, Erstermächtigungen und Belegarztzulassungen nach § 103 Abs. 7 SGB V  
(vgl. Protokollnotiz Nr. 7)

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 2005 geteilt und ergeben die bereinigten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2005.

1.3.4 Die nach 1.3.3 ermittelten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2005 werden

- um 0,3 % abgesenkt (gem. § 85 Abs. 3 d SGB V - West/Ost-Angleichung)
- um 0,83 % angehoben (ab 2/2006 – Grundlohnsummenentwicklung)

1.4 Die für die Abrechnungsquartale des Jahres 2006 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 pauschalisierte 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, Erst-ermächtigungen 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 getroffene Regelung zur Sonderbedarfszulassung gilt unverändert weiter.

1.7 Anteil der Gesamtvergütung für die Übrigen Leistungen

Für die Übrigen Leistungen steht die Gesamtvergütung nach 1.4 zur Verfügung.

## I a.

Für die Zeit vom **01. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007** wird die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach folgenden Grundsätzen berechnet:

### 1. Vergütung nach Kopfpauschalen

1.1 Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung mit Ausnahme der unter 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

Die in den Quartalen des Jahres 2006 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 bereinigt:

- Radionuklidkosten nur 1/2007: Um 50 % der im Quartal 1/2006 abgerechneten Radionuklid-Leistungen nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM
- DMP Asthma: Um die in den Quartalen 1/2007 bis 4/2007 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

1.3.2 Die in den Quartalen des Jahres 2006 gezahlten Gesamtvergütungen aus Kopfpauschalen werden für folgende Leistungsbereiche nach Maßgabe der Modellrechnung 1 erhöht für:

- DMP Asthma: Um die in den Quartalen 2/2006 bis 4/2006 gemäß I. Nr. 1.3.1 bereinigten Beträge
- Sonderbedarfzulassung, Erstermächtigung und Belegarztzulassung (vgl. Protokollnotiz Nr. 7)

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 2006 geteilt und ergeben die bereinigten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2006.

1.3.4 Die nach 1.3.3 ermittelten Kopfpauschalen des jeweiligen Quartals des Jahres 2006 werden

- um 0,47 % (Steigerungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V) angehoben (ab 2/2007)

1.4 Die für die Abrechnungsquartale des Jahres 2007 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, Erst-ermächtigungen 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 die Übrigen Leistungen

Für die Übrigen Leistungen steht die Gesamtvergütung nach 1.4 zur Verfügung.

## **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)
- Vergütungen für Ernährungsberatung bis 30.06.2006 (VDX-Viewer Konto 5420)
- 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 Notarzwagenpauschale:

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Notarzwageneinsatz erfolgt nach Anlage B II. Nr. 9.

2.2.3 Gültig bis 31.12.2006:

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

Gültig ab 01.01.2007:

Sachkosten nach Nr. L090 (kurative Vakuumstanzbiopsie) gem. Anlage B II. Nr. 10

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 und 40840 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:
- 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
  - Leistung nach der Nr. 01610 EBM
  - Nr. 01621K (Ärztliche Bescheinigung zur Durchführung von Maßnahmen zur Kinder- und Jugenderholung)
  - Nrn. 01100 und 01101 EBM
  - Leistungen der Schmerztherapie gemäß Bundesempfehlung zur Finanzierung der Einführung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten in den EBM 2000plus (Nrn. 30700 und 30701 EBM)
  - Leistungen der Polysomnographie gemäß Bundesempfehlung zur Einführung der Polysomnographie in den EBM 2000plus (Nr. 30901EBM)
- 2.4 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,83 Cent** vergütet:
- Leistungen nach der Nr. 01420 EBM
  - Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM
- 2.5 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **5,05 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.
- 2.6 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **4,066 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
  - Leistungen nach der Nrn. 13621 EBM (Immunapherese)
  - Leistungen der MRT - Angiographie
- 2.7 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **3,81 Cent** vergütet:
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Abschnitt B XI EBM



- 2.8 Von den Krankenkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von **2,00 Cent** vergütet:  
- Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272 und 34273 EBM, solange die Voraussetzungen nach Anlage 4 nicht vorliegen
- 2.9 Von den Krankenkassen werden die Leistungen der Anlagen 1 bis 4 des 23. Nachtrags zum Gesamtvertrag mit den darin vereinbarten Punktwerten vergütet.
- 2.10 Für das Quartal 1/2006 zahlt die AOK Bayern einmalig einen Betrag in Höhe von 0,83 % der Gesamtvergütung nach I. 1.4., vermindert um 1,2 Mio. €. Dieser Betrag steht ausschließlich für zwischen den Vertragspartnern abgestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen zur Verfügung und fließt nicht in die Honorarverteilung ein.
- 2.11 Für das Quartal 1/2007 zahlt die AOK Bayern einmalig einen Betrag in Höhe von 0,47 % der Gesamtvergütung nach I. 1.4., vermindert um 1,2 Mio. €. Dieser Betrag steht ausschließlich für zwischen den Vertragspartnern abgestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen zu Verfügung und fließt nicht in die Honorarverteilung ein.

### **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 Zuzahlungsbeträge, die auf die einzelnen Krankenkassen entfallen, werden mit deren Gesamtvergütung je Quartal verrechnet.

## **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 je Bezirksstelle und insgesamt nach Ablauf eines jeden Quartals bis zum Ende des vierten Folgemonats:
  - 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 und hierfür die Vergütung nach Nr. 2.2.10 und 2.2.11 zur Verfügung steht. Soweit in diesem Zusammenhang die zur Verfügung stehenden Finanzmittel nicht ausreichen, nehmen die Vertragspartner Mitte des Jahres 2007 Verhandlungen auf.

### **Nr. 3**

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

### **Nr. 4**

Die Vertragspartner sind sich einig, dass finanzielle Mehrbelastungen aufgrund der Änderung der Approbationsordnung (Wegfall des AIP's zum 01.10.2004) für Belegärzte kompensiert werden sollen, soweit keine Kompensation im hauptamtlichen Bereich erfolgt ist. Dazu werden die Vertragspartner nach konkreten Erhebungen zeitnah Detailverhandlungen aufnehmen.

### **Nr. 5**

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. 6**

Die Vertragspartner sind sich einig, die Inhalte sowie den Umfang der Leistungen in den Anlagen 1 bis 4 zu überprüfen und ggf. neu, aber aufkommensneutral zu fassen. Sie streben eine Umsetzung zum 01.10.2006 an.

### **Nr. 7**

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

**2. Mit Wirkung ab 1. Januar 2006 erhält Anlage B folgende Fassung:**

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

<b>GOP</b>		<b>€- Pauschalen</b>
95162		17,08
95163		22,76

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

<b>EBM – Nr.</b>		<b>€- Pauschalen</b>
<b>Früherk. Kinder</b>		
01707		9,86
01708		11,92
01711		11,92
01712		29,35
01713		29,35
01714		29,35
01715		29,35
01716		29,35
01717		29,35
01718		29,35
01719		29,35
01720		33,71
01721		18,34
01722		16,28
<b>Früherk. Erwachs.</b>		
01730		17,20
01731		13,76
01732		29,81
01733		7,57
01734		2,29
01740		9,86
01741		188,03
01741S		21,48
01742		28,66
01743		13,07
<b>MUVO</b>		
01770		115,82
01772		41,40
01773		63,75
01774		86,10
01775		51,05
01780		37,34
01781		58,41
01782		80,52
01783		6,60

01784		6,86
01785		10,41
01786		12,95
01787		83,82
01790		19,81
01791		39,88
01792		162,04
01793		589,25
01800		5,08
01801		6,60
01802		10,67
01803		10,67
01804		9,14
01805		7,11
01806		4,58
01807		7,11
01808		15,24
01809		8,63
01810		6,09
01811		4,58
01812		3,81
01813		10,92
01815		14,23

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

<b>EBM - Nr.</b>		<b>€- Pauschalen</b>
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 ab 01.07.06 Über 15 km Tag (auf Antrag)		25,00
95165 ab 01.07.06 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 In Anlage B II. erhält die unter Ziffer 10. (gültig bis 31.12.2006) vereinbarte Pauschale folgenden Wert:

<b>GOP</b>	<b>€- Pauschale</b>
97855K	695,81

Die Nr. 97855K ist nur von Ärzten kurativ abrechenbar, die die Genehmigung zur Teilnahme am bayerischen Mammographiescreening bzw. eine Genehmigung zur Durchführung und Erbringung von Mammographie-Screening-Leistungen nach den Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen haben.

2.6 In Anlage B II. erhält die Ziffer 10. (gültig ab 01.01.2007) folgende Fassung:

Im Zusammenhang mit der Nr. 34271 EBM werden - bis zu einer abschließenden Regelung auf Bundesebene – die Sachkosten für die Biopsienadel bei Durchführung der Biopsie als Vakuumstanzbiopsie mit einem Zielgerät (z. B. Mammotom) mit dem tatsächlich anfallenden Rechnungsbetrag vergütet. Die Abrechnung erfolgt mit der Kennzeichnung L090 und wird im VDX-Viewer Konto 400, Kapitel 90 ausgewiesen.

Die Nr. L090 ist nur von Ärzten kurativ abrechenbar, die die Genehmigung zur Teilnahme am bayerischen Mammographiescreening bzw. eine Genehmigung zur Durchführung und Erbringung von Mammographie-Screening-Leistungen nach den Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen haben.

## 2.7 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 Mutterschaftsvorsorge in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch
08211	Ordinationskomplex
08215	Konsultationskomplex (z.B. Arztkontakt i. Z. m. einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch am 2. Tag)
01901	Untersuchung zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruches
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
01914	Beobachtung und Betreuung im Anschluss an die Narkose
05211	anästhesiologische Grundleistung für Versicherte 6 – 59 Lj.
05230	Aufsuchen eines Patienten in der Praxis eines anderen Arztes zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches
05330	Anästhesie
32000	Laborgrundgebühr
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 01. Januar 2006 wird Anlage C wie folgt geändert:**

#### **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, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 31.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde. Die entsprechende Wegepauschale ist gesondert einzutragen\*.
5. Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke in demselben Krankenhaus aufgesucht, so ist die Leistung nach Nr. 01414 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 entsprechende Wegepauschale je Aufsuchen des Belegkrankenhauses. Die Wegepauschale ist gesondert einzutragen\*.
- 3.3 Bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414 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, 01913 und 01914 EBM sowie nach den Kapiteln 2 (mit Ausnahme der Leistungen nach Abschnitt 2.5), 5 und Abschnitt 31.5.

#### IV.

##### **Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten**

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

Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

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

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

## V.

### Anwendungsbestimmungen

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

## VI.

### Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab 1. April 2006 in Kraft. Die Abrechnungsänderungen für die Nrn. 01102 und 40852 treten mit Wirkung ab 1. Juli 2006 in Kraft; die Abrechnungsänderungen für die Nr. 01412 tritt mit Wirkung ab 1. Oktober 2006.

\*

### **Einzutragende Wegepauschalen**

**Nr. 40220** (entspricht Z1, Tag)

**Nr. 40222** (entspricht Z2, Tag)

**Nr. 40224** (entspricht Z3, Tag)

**Nr. 40226** (entspricht Z1, Nacht)

**Nr. 40228** (entspricht Z2, Nacht)

**Nr. 40230** (entspricht Z3, Nacht)

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
<b>Kapitel 1</b>	01410, 01411, 01413, 01430, 01440, Leistungen nach 1.5, 01610, 01612, 01620, 01621, 01622, 01623, 01700, 01701, 01721, 01713-01722, 01730-01732, 01740-01742, Leistungen nach Abschnitt 1.7.3, 01770, 01783, 01800-01813 (mit Ausnahme von 01802-01804, 01808, 01809, 01813), 01829, 01910, 01911, 01912, 01950-01952, Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		01831, 01839, 01902	01414 bei hinzugezogenen Vertrags-/Belegärzten (= 01414A)	Restliche Leistungen. 01102 (ab 01.07.06) 01412 (ab 01.10.06) Leistungen aus 1.7, die denen des Kapitel 32 und des Abschnitts 19.3 entsprechen und mindestens mit 160 Punkten bewertet sind.
<b>Kapitel 2.</b>	Leistungen nach 2.5 (mit Ausnahme 02520) und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		02520		Restliche Leistungen
<b>Kapitel 3</b>	Leistungen nach 3.2, Leistungen nach 3.3.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		03320, 03321, 03322, 03323, 03324, 03330, 03333		Restliche Leistungen, 03115
<b>Kapitel 4</b>	Leistungen nach 4.2, Leistungen nach 4.3.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		04320, 04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04332, 04333, 04334,		Restliche Leistungen, 04115
<b>Kapitel 5</b>					Restliche Leistungen, 05215
<b>Kapitel 6</b>			06330, 06331, 06332		Restliche Leistungen, 06215
<b>Kapitel 7</b>	Leistungen nach 7.3				Restliche Leistungen, 07215
<b>Kapitel 8</b>	08542		08310, 08574		Restliche Leistungen, 08215
<b>Kapitel 9</b>			09318, 09320, 09321, 09323, 09324, 09325, 09327, 09333, 09340		Restliche Leistungen, 09215
<b>Kapitel 10</b>	10330		10320, 10322, 10324		Restliche Leistungen, 10215
<b>Kapitel 11</b>			11310-11322		Restliche Leistungen, 11215
<b>Kapitel 12</b>	Leistungen mit weniger als				Restliche Leistungen

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
	120 Punkten *				
<b>Kapitel 13</b>	13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700		13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13300, 13301, 13310, 13311, 13.3.3 (mit Ausnahme der 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13421-24, 13431), 13.3.5, 13.3.7 (mit Ausnahme der 13662, 13663)		Restliche Leistungen, 13215
<b>Kapitel 14</b>	14240, 14313, 14314		14320, 14321, 14330, 14331		Restliche Leistungen, 14212
<b>Kapitel 15</b>					Restliche Leistungen, 15215
<b>Kapitel 16</b>	16230, 16231 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		16310, 16311, 16320, 16321, 16322		Restliche Leistungen, 16215
<b>Kapitel 17</b>		Leistungen nach 17.3			Restliche Leistungen, 17210, 17214
<b>Kapitel 18</b>	Leistungen nach 18.3				Restliche Leistungen, 18215
<b>Kapitel 19</b>	Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		Leistungen nach Abschnitt 19.3		Restliche Leistungen, 19210
<b>Kapitel 20</b>			20314, 20320, 20324, 20325, 20327, 20330, 20333, 20340, 20351, 20352, 20353		Restliche Leistungen, 20220
<b>Kapitel 21</b>	21230, 21231, 21232 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		21310, 21311, 21320, 21321		Restliche Leistungen, 21215
<b>Kapitel 22</b>					Restliche Leistungen, 22215
<b>Kapitel 23</b>					Restliche Leistungen, 23215
<b>Kapitel 24</b>					24210, 24211, 24212
<b>Kapitel 25</b>					Restliche Leistungen
<b>Kapitel 26</b>			26313		Restliche Leistungen, 26215
<b>Kapitel 27</b>			27320, 27321, 27322, 27323, 27324, 27330, 27331		Restliche Leistungen, 27215
<b>Kapitel 30</b>	30700, 30701, Leistungen nach 30.4 (mit Ausnahme von 30430, 30431) und Leistungen mit weniger als 120 Punkten *		30430, 30431, 30500, Leistungen nach Abschnitt 30.7 (mit Ausnahme 30700, 30701)		Restliche Leistungen
<b>Kapitel 31</b>	Leistungen nach 31.1.2	Leistungen nach 31. 2: Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes erfolgt nach kurativ-stationärem (belegärztlichem) Behandlungsfall ein Abschlag von der Punktsomme gemäß Präambel 31.2 Nr. 10 Leistungen nach 31.3: Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes erfolgt nach kurativ-stationärem (belegärztlichem) Behandlungsfall ein Abschlag von der Punktsomme			Restliche Leistungen

EBM	nicht vergütungsfähig	Vergütung zu 20 %	Vergütung zu 60 %	Vergütung zu 70 %	Vergütung zu 100 %
		gemäß Präambel 31.3 Nr. 4 Leistungen nach 31.4: Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes erfolgt nach kurativ-stationärem (belegärztlichem) Behandlungsfall ein Abschlag von der Punktsumme gemäß Präambel 31.4 Nr. 2			
<b>Kapitel 32</b>	Alle Leistungen des Kapitel 32				
<b>Kapitel 33</b>			Alle Leistungen des Kapitel 33		
<b>Kapitel 34</b>		Leistungen nach 34.3 und 34.4, 34502	Leistungen nach Abschnitt 34.2 und 34,6, 34500, 34501		Restliche Leistungen
<b>Kapitel 35</b>	Leistungen nach 35.1 Leistungen nach 35.2 und Leistungen mit weniger als 120 Punkten*				Restliche Leistungen
<b>Kapitel 40</b>	40100, 40142, 40150, 40152, 40154, 40156, 40240, 40260, 40300, 40850, 40852, Leistungen nach 40.06, 40.10, 40.13 bis 40.16				Restliche Leistungen

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

#### **4. Mit Wirkung ab 01. Juli 2006 wird Anlage D wie folgt geändert:**

##### **Ziffer III erhält folgende Fassung:**

„Die Kostenbeteiligung der AOK Bayern wird wie folgt geregelt:

Die AOK Bayern beteiligt sich ab dem Jahr 2004 in Höhe der für 2002 bezahlten Beträge. Die in 2002 gezahlten Beträge setzen sich wie folgt zusammen:

Quartal 1/2002:	219.650,21 €
Quartal 2/2002:	216.290,57 €
Quartal 3/2002:	214.342,05 €
<u>Quartal 4/2002:</u>	<u>213.218,50 €</u>
Summe 2002:	863.501,33 €

Hieraus errechnet sich je Quartal ein Durchschnittsbetrag in Höhe von 215.875,33 €.

Die KVB stellt der AOK Bayern ihren Finanzierungsanteil in Höhe von 215.875,33 € quartalsweise außerhalb der üblichen Quartalsabrechnung in Rechnung. Die Rechnungsstellung durch die KVB erfolgt jeweils zum 15. des jeweils 2. Quartalsmonats. Eine Ausweisung der Rechnungsbeträge im VDX-Viewer erfolgt nicht.

##### Anmerkung:

Die Buchung der in Rechnung gestellten Beträge erfolgt durch die AOK Bayern im Konto 400.

##### Protokollnotiz:

Die für die Quartale 2/2005 bis 3/2006 fälligen Beträge wird die KVB nachberechnen.



## **5. Weitergeltung von Teilen des Gesamtvertrages in der am 31.12.2005 geltenden Fassung:**

Der Gesamtvertrag sowie die Anlagen E, F, H und I gelten in der am 31. Dezember 2005 gültigen Fassung bis zum 31.12.2007 weiter, soweit nicht Vorschriften des SGB V und des Bundesmantelvertrages in der jeweils geltenden Fassung entgegenstehen.

## **6. Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung über den Abschluss eines 23. Nachtrages zum Gesamtvertrag mit seinen Anlagen tritt zum 01. Januar 2006 in Kraft und endet am 31. Dezember 2007.

München, den 11. Juli 2006

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer  
Vorsitzender des Vorstandes

**Anlage 1**  
**zum 23. Nachtrag zum Gesamtvertrag**

**STRUKTURVERTRAG**

**über die**

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

## **Präambel**

Durch diesen Vertrag sollen vor allem ambulante Operationen und ausgewählte belegärztliche 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 stationären Operationen bzw. 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.

Ziel dieses Strukturvertrages ist es auch das Belegarztwesen zu fördern, indem für ausgewählte Leistungsbereiche, die einer ambulanten Versorgung in der Regel nicht zugänglich sind, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige stationäre Versorgung gesichert wird.

## **§ 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 pauschalisierten 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 2006 in Kraft und ersetzt den Vertrag ab 01.01.2004 in der Fassung ab 01.04.2005.
- 2) Dieser Vertrag endet zum 31. Dezember 2007 – analog zum 23. 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

An  
die Bezirksstelle .....  
der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

### **Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag**

über die strukturelle und finanzielle Förderung  
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fach-  
ärztlicher internistischer Leistungen  
- gültig ab 01.01.2006 -

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

**Name:** ..... **Arztnummer:** .....

zugelassen am: ..... als: .....

Praxisanschrift + Tel.: .....

.....

#### **1. Teilnahmeerklärung**

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

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

Ich erbringe die Leistung:

a.)	in meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und/oder	
b.)	außerhalb meiner Praxis	<input type="checkbox"/>
	und zwar bei (Name, Anschrift):	

.....

**Bitte wenden!**

## 2. Voraussetzung

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

Ja

Nein

## 3. Verpflichtungserklärung

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

## 4. Einverständniserklärung

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

## 5. Zusatzerklärung für belegärztliche Geburten nach den Nrn. 08411, 08412 und 08415 EBM

Ich erkläre,

a) dass das Krankenhaus, an dem ich Geburten leite, an der Perinatalstudie teilnimmt und

b) an diesem Krankenhaus im vergangenen Kalenderjahr mehr als 300 Geburten vorgenommen wurden. Maßgeblich ist die Gesamtzahl der Geburten an dem Krankenhaus.

Ja

Nein

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

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

....., den .....

.....

Unterschrift und Vertragsarztstempel

## KOLOSKOPIE

An die  
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
CoC Qualitätssicherung / Bes. Genehmigungen  
Brandenburger Straße 4  
95448 Bayreuth

### **Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag**

über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen  
- gültig ab 01.01.2006 -

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

Name: ..... Arztnummer: .....

zugelassen am: .....als: .....

Praxisanschrift und Tel.: .....

.....

#### **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 Nrn. 01741 und/oder 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 und Vertragsarztstempel



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

**1. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 5,08 Cent:**

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

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2107, 2155, 2162, 2170
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2165, 2167, 2222
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31101 und 31103	
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	2110, 2133, 2135
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	2111, 2130, 2133, 2135, 2137
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	2115, 2125, 2131
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2111, 2115, 2121, 2130, 2131, 2132
31116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	2125
31117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	2131
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31112, 31113, 31114, 31115, 31116, 31117.	
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2222, 2240, 2246, 2247, 2251, 2420, 2421, 2425,
31124	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4	2271, 2425
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2231, 2235, 2236, 2266, 2271, 2273
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2231, 2235, 2236, 2273
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31123, 31124, 31125, 31126.	
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2227, 2261, 2281, 2341, 2352, 2361, 2362, 2370, 2371, 2375, 2381, 2411, 2421, 2435, 2436, 2440, 2441, 2456, 2457, 2471, 2475, 2480, 2485
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2261, 2341, 2342, 2351, 2352, 2363, 2370, 2371, 2376, 2382, 2411, 2412, 2421, 2430, 2435, 2436, 2437, 2441, 2442, 2457, 2458, 2485, 2490, 2497
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2342, 2343, 2345, 2371, 2375, 2412, 2422, 2426, 2436, 2442
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2343, 2345, 2365, 2391, 2422, 2481
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2392

31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31132, 31133, 31134, 31135, 31137.	
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	2445
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2447, 2481, 2482
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	2447
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	2449
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	2366
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	2449
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31141, 31142, 31143, 31144, 31145, 31146.	
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2621, 2622, 2725,
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2605, 2620, 2621, 2622, 2700
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2606, 2620, 2690
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2626, 2725
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31152, 31153, 31154, 31155.	
31163	Endoskopisch visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	2700
31168	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31163	
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	2747, 2750, 2751
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	2730, 2742
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	2730
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31173, 31174, 31175.	
31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	2825, 2860
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	2850, 2852
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2827, 2842, 2850, 2851, 2852, 2861, 2870
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2827, 2861, 2871
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2862, 2871
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31201, 31202, 31203, 31204, 31205.	
31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2	2815, 2816, 2821
31218	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31212.	
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3011, 3012, 3015, 3042,3045
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3047, 3060, 3072, 3073, 3091, 3092
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31221, 31225.	
31231	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	1457, 1485
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1427, 1432, 1452, 1460, 1495, 1520, 1522, 1525, 1566, 2600, 1427, 1454, 1478, 1517, 1518
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1425, 1426, 1453, 1457, 1549, 1422,
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1460, 1570, 1571, 2605, 2606,

31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	1572, 1576, 1580
31236	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	1577
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31231, 31232, 31233, 31234, 31235, 31236.	
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2275, 2276, 2465, 2466, 2467, 2931, 2935, 2936, 2945, 2951, 2930, 2950
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	2936
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	2946, 2947
31245	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	2947
31246	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	2947
31247	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	2948
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31242, 31243, 31244, 31245, 31246, 31247.	
31254	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	2919, 2920
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	2915
31258	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31254, 31255.	
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1761, 1765, 1767, 1759
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1760, 1766, 1768, 1796
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	1768, 1821
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	1768, 1778
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31272, 31273, 31274, 31275.	
31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	1777
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	1800
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31283, 31284.	
31292	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	1788
31294	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	1820
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31292, 31294.	
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1060, 1104, 1086, 1129, 1141
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	1125, 1126
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31301, 31303.	
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	1111, 1150, 2634
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	1048, 1049,
31315	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	1049
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31312, 31313, 31315.	
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	1305, 1330
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1302, 1305, 1306, 1326, 1330, 1332, 1435
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	1302, 1306, 1330
31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31321, 31322, 31323.	

31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1348, 1350, 1352, 1358, 1359, 1366, 1370
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1348, 1350, 1351, 1352, 1355, 1356, 1359, 1361, 1366, 1283,
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1326, 1355, 1361, 1283
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	1370, 1371, 1375, 1427,
31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31331, 31332, 31333, 31334.	
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	1348, 1359
31348	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31341	
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	1353
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	1353

**1.1 Ab 01.07.2006:****Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 5,08 Cent:**

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

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	2167, 2165, 2222
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31103.	
31113	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	2111, 2130, 2133, 2135, 2137
31114	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	2115, 2131
31115	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	2111, 2115, 2121, 2130, 2131, 2132
31116	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	2125
31117	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	2131
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31113, 31114, 31115, 31116, 31117.	
31123	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3	2246, 2247, 2251, 2420, 2421, 2425, 2222, 2240
31124	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4	2271, 2425
31125	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5	2231, 2235, 2236, 2266, 2271, 2273
31126	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6	2231, 2235, 2236, 2273
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31123, 31124, 31125, 31126.	
31133	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	2261, 2341, 2342, 2351, 2352, 2363, 2370, 2371, 2376, 2382, 2411, 2412, 2421, 2430, 2435, 2436, 2437, 2441, 2442, 2457, 2458, 2490, 2497, 2485
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2342, 2343, 2345, 2371, 2375, 2412, 2422, 2426, 2436, 2442
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2343, 2345, 2365, 2391, 2422, 2481
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2392
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31133, 31134, 31135, 31137.	
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	2447
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	2449
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	2366
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	2449
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31143, 31144, 31145, 31146.	

31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2605, 2620, 2621, 2622, 2700
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2606, 2620, 2690
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2626, 2725
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31153, 31154, 31155.	
31163	Endoskopisch visceralchirur. Eingriff der Kategorie G3	2700
31168	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31163	
31173	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	2747, 2750, 2751
31174	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	2730, 2742
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	2730
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31173, 31174, 31175.	
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2827, 2842, 2850, 2851, 2852, 2861, 2870
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2827, 2861, 2871
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2862, 2871
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31203, 31204, 31205.	
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	3046, 3062
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3080, 3057, 3082, 3083
31225	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	3047, 3060, 3072, 3073, 3092, 3091
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31223, 31224, 31225.	
31233	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1425, 1426, 1453, 1457, 1549, 1422
31234	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	1460, 1570, 1571, 2605, 2606
31235	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	1572, 1576, 1580
31236	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	1577
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31233, 31234, 31235, 31236.	
31243	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	2936
31244	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	2946, 2947
31245	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	2947
31246	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	2947
31247	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	2948
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31243, 31244, 31245, 31246, 31247.	
31254	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	2919, 2920
31255	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	2915
31258	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31254, 31255.	
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	1760, 1766, 1768, 1796
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	1768, 1821
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	1768, 1778
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31273, 31274, 31275.	

31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	1777
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	1800=Z
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31283, 31284.	
31294	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	1820
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31294.	
31303	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	1125, 1126
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31303.	
31313	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	1048, 1049,
31315	endoskop. gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	1049
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31313, 31315.	
31323	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	1302, 1306, 1330
31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31323.	
31333	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	1326, 1355, 1361, 1283
31334	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	1370, 1371, 1375, 1427,
31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31333, 31334.	

## **2. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,324 Cent:**

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

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
08416	ist ein Zuschlag zu 08411	1041, 1043
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1741, 2162, 2165, 2155, 2167
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31102.	
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1	2104, 2147, 2220
		2212, 2220, 2240, 2121, 2227, 2245, 2251, 2256, 2265, 2270, 2420, 2421, 2466
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31121, 31122.	
		2280, 2440, 2455, 2960, 2410, 2471
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31131.	
31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	2746
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31172.	
31191	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	2800
31198	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31191.	
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3013, 3038, 3096, 3035, 3051
31223	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	3046, 3062
31224	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	3080, 3057, 3082, 3083
	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31222, 31223, 31224.	

31281	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R1	1716, 1802
31282	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R2	1730, 1803
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31281, 31282	

## **2.1 Ab 01.07.2006:**

### **Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,324 Cent:**

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

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
08416	ist ein Zuschlag zu 08411	1041, 1043
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2107, 2155, 2162, 2170
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	1741, 2162, 2165, 2155, 2167
31108	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31101, 31102.	
31112	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	2110, 2133, 2135
31118	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31112.	
31121	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1	2104, 2147, 2220
31122	Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2	2212, 2220, 2240, 2121, 2227, 2245, 2251, 2256, 2265, 2270, 2420, 2421, 2466
31128	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31121, 31122.	
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2280, 2440, 2455, 2960, 2410, 2471
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	2227, 2261, 2281, 2341, 2352, 2361, 2362, 2370, 2371, 2375, 2381, 2411, 2421, 2435, 2436, 2441, 2456, 2457, 2475, 2480, 2440, 2471, 2485
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31131, 31132.	
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	2445
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	2447, 2481, 2482
31148	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31241, 31242	
31152	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2621, 2621, 2725
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31152	
31172	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	2746
31178	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31172	
31191	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	2800
31198	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31191	
31201	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	2825, 2860
31202	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	2850, 2852
31208	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31202	
31212	Einbau, Wechsel od. Entf. E. Schrittmachersystems d. Kategorie L2	2815, 2816, 2821



31218	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31212	
31221	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	3011, 3012, 3015, 3042, 3045
31222	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	3013, 3038, 3096, 3035, 3051
31228	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31221, 31222	
31231	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	1457, 1485
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	1427, 1432, 1452, 1460, 1495, 1520, 1522, 1525, 1566, 2600, 1427, 1454, 1478, 1517, 1518
31238	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31231, 31232	
31242	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2275, 2276, 2465, 2466, 2467, 2931, 2935, 2936, 2945, 2951, 2930, 2950
31248	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31242	
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	1761, 1765, 1767, 1759
31278	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31272	
31281	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R1	1716, 1802=Z
31282	Endoskopisch urologischer Eingriff der Kategorie R2	1730, 1803=Z
31288	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31281, 31282	
31292	endoskopischer urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	1788=Z
31298	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31292	
31301	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1060, 1104, 1086, 1129, 1141
31308	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31301.	
31312	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	1111, 1150, 2634
31318	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31312.	
31321	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	1305, 1330, 2164
31322	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	1302, 1305, 1306, 1326, 1330, 1332, 1435
31328	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31321, 31322.	
31331	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	1348, 1350, 1352, 1358, 1359, 1366, 1370
31332	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	1348, 1350, 1351, 1352, 1355, 1356, 1359, 1361, 1366, 1283
31338	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31331, 31332.	
31341	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	1348, 1359
31348	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31341	
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	1353
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	1353

### **3. Sonstige ambulante Operationen mit Punktwert 4,324 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
01853	Infiltrationsanä.z.Durchfg.d.Ster.b.Mann	182
01854	Sterilis.d.Mannes	183
01855	Sterilis.d.Frau	187
01856	Narkose i.Z.m. e. Sterilisation	185
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	189
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.	2174K
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.	2175K
97001	ambulante Operationen maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund	2105K
97002	ambulante Operationen großer maligner Hauttumore (Basaliome, Spinaliome, Melanome) bei histologischem Befund	2106K

### **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.

#### **4.1 Mit Punktwert 5,08 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
05320	Leitungsanästhesie Nerven od. Ganglion	452
05330	Anästhesie u/o Narkose	462
05331	Zuschlag zu Nr. 05330	463
05340	Überwachung d. Vitalfunktionen	496
31820	Leitungsanästhesie an Schädelbasis	452, 462
31823	Anästhesie od. Narkose 3	
31824	Anästhesie od. Narkose 4	
31825	Anästhesie od. Narkose 5	
31826	Anästhesie od. Narkose 6	
31827	Anästhesie od. Narkose 7	
31828	Zuschlag bei Fortsetzung je weitere 15 Min.	463

#### **4.2 Mit Punktwert 5,00 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 4,324 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
31821	Anästhesie od. Narkose 1	
31822	Anästhesie od. Narkose 2	

## **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. 5.1 und 5.2, bei gleichzeitiger Durchführung ambulanter Anästhesien aus dem Kapitel 31.5 EBM.

### **5.1 Mit Punktwert 5,08 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
31503	postoperative Überwachung 3	63 bis 67
31504	postoperative Überwachung 4	63 bis 67
31505	postoperative Überwachung 5	63 bis 67
31506	postoperative Überwachung 6	63 bis 67
31507	postoperative Überwachung 7	63 bis 67

### **5.2 Mit Punktwert 5,00 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 4,324 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
31501	postoperative Überwachung 1	63 bis 67
31502	postoperative Überwachung 2	63 bis 67

## **5. Ausgewählte belegärztliche Operationen mit Punktwert 5,08 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
---		97
---		98
31305	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	1139
31333	Intraokularer Eingriff der Kategorie V3	1368
31334	Intraokularer Eingriff der Kategorie V4	1368
31335	Intraokularer Eingriff der Kategorie V5	1368
31134	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	2282, 2443, 2492
31135	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	2346, 2416, 2493
31136	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	2350, 2427
31137	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	2395, 2397, 2495, 2496
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2640, 2846
31155	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2645, 2660
31156	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	2666, 2710, 2711
31157	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	2667, 2716, 2843
31175	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	2715
31203	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	2848
31204	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	2840
31205	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	2841, 2849
31257	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	2910
31257	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	2921
08411	Betreuung und Leitung einer Geburt	1022
08412	Zuschlag zu 08411 f. schw. Geburt	1025
08415	Zuschlag zu 08411 f. Schnittentbindung	1032
97912	Zuschlag für die Nrn. 08411, Wert 50 €	9912

**Bedingung für Nrn. 08411, 08412 und 08415:**

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

**6. Leistungen von fachärztlichen Internisten mit Punktwert 5,08 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>	<b>Punktwerte</b>
<b>Kardiologie</b>			
Nachstehende Leistungen der Kardiologie, wenn die Leistungen nach den Nrn. 33030, 33031, 13550, 33022, 13552 und 13551 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden			
33030	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung	614	5,08 Cent
33031	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung bei Belastung	614	5,08 Cent
13550	Kardiolog.-diagn. Komplex, FA f. Inn. Med., Schwp. Kardiologie und nach Genehmigung	618	Ab 01.07.2006 4,324 Cent
33022	Farbcod.Dopplerechokardiogr.Untersg		5,08 Cent
33023	Zus.z.Nr. 33022 b.transösoph.Durchfg	619	5,08 Cent
13552	Funkt.analyse e. Herzschrittmachers	620, 621, 622	5,08 Cent
13551	Elektrostimulat.d.Herzens	625	5,08 Cent
<b>Angiologie/Endokrinologie</b>			
33070	Sonogr. Unters. extrakr. Hirngefäße mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33070 und 33071 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	686	5,08 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	686	5,08 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	668	5,08 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	687	5,08 Cent
33074	Sonogr. Unters. weibl. genital mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33073 und 33074 EBM in dem die Abrechnung betreffen-	687	5,08 Cent

	den Quartal mindestens 25 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde		
33075	Zuschlag zu 30070 bis 33074 Farbcod. Angiol.-diagnost. Komplex, FA f. Inn. Med. Schwp. Angiologie, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	689	5,08 Cent Ab 01.07.2006: 4,324 Cent
13300		668, 686, 687, 689	
<b>Pulmologie und Lungenärzte</b>			
13662	Bronchoskopie	725	5,08 Cent
13663	Zuschlag zu 13662 ,	726	5,08 Cent
13670	Thorakoskopie	2807	5,08 Cent
<b>Gastroenterologie</b>			
	ösophago-gastroduodener Komplex, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde		Ab 01.07.2006: 4,324 Cent
13400		741, 768	
13401	Zuschlag zur 13400	746	Ab 01.07.2006: 4,324 Cent
13402	Zuschlag zu 13400		Ab 01.07.2006: 4,324 Cent
13430	bilio-pankreat.-diagn. Komplex,	750	5,08 Cent
13431	bilio-pankreat.-therap. Komplex, Koloskopischer Komplex	751, 752	5,08 Cent
13421	wenn die Leistungen nach den Nrn. 13421 und 01741 (Präv. Koloskopie) EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden.	764	
13423	Zuschlag zu 13421	765	5,08 Cent

**7. Leistungen der Schlafstörungsdiagnostik mit Punktwert 5,08 Cent:**

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
30900	Polygraphie	728

**8. Prä- und postoperativer Untersuchungskomplex mit Punktwert 5,08 Cent:**

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
31010A (950 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, 0-12 Jahre	13A
31011A (950 P)	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. Eingriffe, bis 40 Jahre	13A
31012A	OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat.	13A

(1.165P) Eingriffe,40-60 Jahre

31013A OP-Vorbereitung f. amb., belegärztl. u. stat. 13A

(1.260P) Eingriffe, nach 60 Jahre

**9. Folgende von Chirurgen erbrachten Leistungen mit Punktwert 5,08 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
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 Krankenkas- sen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden  In der Abrechnung als 13421C ausgewiesen	764

### 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) obligatorisch 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:**

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

## Anlage 2

zum 23. 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:**

Ab 01.01.2006 werden gem. § 85 Abs. 3 d SGB V die Vergütungen um 0,3 % vermindert.  
Die vereinbarten Pauschalen erhalten ab 01.01.2006 folgende Werte:

<b>GOP</b>	<b>Pauschalen in €</b>
97401	50,83
97402	584,46
97402A	212,44
97402B	352,71
97402C	231,75
97403	101,64
97403A	43,46
97404	20,33
97405	50,83



**Anlage 3**

**zum 23. 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 22. Nachtrages zum Gesamtvertrag mit nachstehenden Änderungen weiter:

Ab 01.01.2006 werden gem. § 85 Abs. 3 d SGB V die Vergütungen um 0,3 % vermindert.

**In § 3 Abs. 1 wird der Punktwert ab 01.01.2006 von 5,095 Cent auf 5,08 Cent geändert.**

**In § 3 Abs. 2 wird der Punktwert ab 01.01.2006 von 4,207 Cent auf 5,05 Cent geändert.**

**Anlage 4**  
**zum 23. 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) Hygienemaßnahmen bei flexiblen Endoskopen**

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

Der Zuschlag wird unter der Nr. 97911 abgerechnet.

Das abgerechnete € - Volumen wird im VDX-Viewer unter Konto 400, Kapitel 90, die Zahl der abgerechneten Leistungen werden in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L´IHG053 ausgewiesen.

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

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

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

#### **(2) Leistungen der Mammographie**

Die Leistungen der Mammographie nach den Nrn. 34270, 34271, 34272 und 34273. EBM werden mit einem Punktwert von 5,08 Cent vergütet, sofern eine von der KVB ausgestellte Rezertifizierungsurkunde vorliegt. Abweichend von § 2 Abs. 1 Satz 1 gilt diese Regelung auch für ermächtigte Ärzte im Rahmen ihres Ermächtigungsumfangs.

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

- a) Die Nrn. 01410, 01410N, 01411, 01411N, 01412 und 01412N EBM werden mit einem Punktwert von 5,08 Cent vergütet.
- b) Die Nrn. 01100, 01101 und 01210 EBM werden mit einem Punktwert von 5,08 Cent vergütet.

#### **(4) Wegepauschalen**

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

## **(5) Bereitschaftsdienstpauschale für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB**

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

Die 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).

Alle Leistungen eines Behandlungsfalles, in dem die Nr. 86501 abgerechnet und anerkannt wurde, werden mit **5,08 Cent** vergütet.

Gültig ab 01.07.2006:

Bei Teilnahme an der Vereinbarung über die Einführung von Medikamentenpauschalen auf INN – Basis (INN – Vereinbarung) wird ein Punktwert von **5,08 Cent** vergütet.

Bei Nichtteilnahme werden die Leistungen mit **5,00 Cent** vergütet.

Kommt die INN-Vereinbarung nicht zu Stande bzw. tritt sie wieder außer Kraft, verbleibt es bei dem Punktwert von **5,08 Cent**.

#### **(7) Strahlentherapeutische Leistungen (Anm: Gilt vorläufig bis zur EBM Änderung)**

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

- **4,94 Cent** für Ärzte, die eigene bauliche Voraussetzungen nachweisen
- **4,672 Cent** für Ärzte, die keine eigenen bauliche Voraussetzungen nachweisen
- **3,926 Cent** für ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

Die endgültige Vergütung/Punktwert wird quartalsweise nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse auf der Basis des Gesamtvergütungsanteils für diese Leistungen des jeweiligen Vorjahresquartals berechnet.

#### **(8) Augenärztliche Leistungen**

Der von zugelassenen Augenärzten für Leistungen nach den Nrn. 06340, 06341 und 06342 EBM (Kontaktlinsenanpassung) erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert **5,08 Cent** vergütet

#### **(9) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie**

Von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychiatern erbrachte Leistungen nach den Nrn. 14220, 14222 und 14310 EBM werden mit einem Punktwert von **5,08 C.** vergütet.

## **(10) Psychiatrische Leistungen**

Der von zugelassenen Psychiatern und Nervenärzten für Leistungen nach den Nrn. 21216, 21220 und 21221 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von **5,08 Cent** vergütet, sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezah für Leistungen nach Kapitel G II EBM je Praxis mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezah je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz ist das Abrechnungsquartal 2/2002. Für Praxisneugründungen können die Vertragspartner einvernehmlich eine von Satz 1 abweichende Regelung treffen.

Für Psychiater und Nervenärzte, die nicht unter obige Regelungen fallen, gilt folgendes: Der von zugelassenen Psychiatern und Nervenärzten für Leistungen nach den Nrn. 21216, 21220 und 21221 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von **5,08 Cent** vergütet., sofern die abgerechnete und anerkannte Punktezah für Leistungen nach Kapitel G II EBM je Praxis mehr als 50 v. H. der gesamten abgerechneten und anerkannten Punktezah je Praxis beträgt. Basis für die Berechnung nach Satz 1, letzter Halbsatz, ist das Abrechnungsquartal 2/2004.

## **(11) Behandlung chronischer Wunden:**

Der von zugelassenen Chirurgen, Hautärzten oder von Hausärzten für Leistungen nach den Nrn. 02310, 07340 und 10330 sowie 02312 EBM erbrachte und anerkannte Leistungsbedarf wird mit einem Punktwert von **5,08 Cent** vergütet, sofern die Leistungen mindestens 5 mal im Behandlungsfall erbracht wurden.

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

## **(12) Hörgeräteanpassung**

Von zugelassenen HNO - Ärzten im Rahmen der Hörgeräteanpassung erbrachte Leistungen werden mit einem Punktwert von **5,08 Cent** vergütet.

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

### **Anlage 2:**

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

### **(13) Orthopädische Leistungen**

Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie erhalten für Patienten mit rheumatoider Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen oder mit Psoriasis-Arthritis oder mit Kollagenosen je Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von **45,72 €** Abrechnungsfähig mit der Nr. 97916.

Versorgung mit orthopädischem Schuhwerk.

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

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

### **(14) Allergologie**

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

### **(15) Pathologie Zytologie \***

1. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte, die die Genehmigung zur Erbringung der Nr. 19311 EBM haben, erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 01826 und 19311 EBM mit einem Punktwert von **5,08 Cent**, nach der Nr. 01733 EBM mit einem €-Betrag in Höhe von **7,57 €** vergütet, sofern sie eine Genehmigung der KVB zur Teilnahme an der Regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ausgewählter Leistungen für den Bereich Zytologie haben. Die Genehmigung wird auf Antrag (Anlage 1) bei erfolgreich absolvierter Sonderzertifizierungsprüfung erteilt. Der Antrag ersetzt die Teilnahmeerklärung nach § 2 Abs. 1 Satz 3. Der einmal pro Jahr erforderliche Qualitätssicherungsbericht ist mit dieser Vergütung abgegolten.
2. Zugelassene oder ermächtigte Ärzte erhalten den erbrachten und anerkannten Leistungsbedarf nach den Nrn. 19310 und 19313 EBM mit einem Punktwert von **5,08 Cent /ab 01.10.2006 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.
3. Die Sonderzertifizierung wird ab 01.07.2003 durchgeführt.
4. Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 3. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag in den Quartalen 3 und 4/2003. Erfolgt die Sonderzertifizierung noch im 4. Quartal 2003, erhält der Arzt einen Punktwertzuschlag im Quartal 4/2003. Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.

### **(16) Ergometrie**

Einzelheiten werden zwischen den Vertragspartnern noch abgestimmt.



#### **§ 4 Praxisbegehung**

- (1) Die Praxisbegehung erfolgt grundsätzlich durch die KVB:
- a) Bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität
  - b) Unabhängig von a) obligatorisch 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. Für eventuell noch notwendige Bereinigungen der pauschalierten Gesamtvergütung gilt Modellrechnung Nr. 1 des 22. Nachtrages zum Gesamtvertrag.
- (2) Zur Finanzierung der Leistungen nach § 3 stellt die AOK Bayern zusätzlich zur Verfügung :

Jahr 2006:  
45.323.967 €

Jahr 2007:  
45.323.967 €

Anmerkung: 307.222 € Anteil MuVo aus OG rausgerechnet.

Nach Ablauf der Jahres 2006 bzw. 2007 prüfen die Vertragspartner, ob die Obergrenze für den noch zu ermittelten Finanzanteil der Sonderbedarfszulassungen angepasst werden muss.

Mit dem Betrag werden

- die in § 3 aufgeführten Leistungen mit festem Punktwert bzw. € - Betrag
- die Sonderbedarfszulassungen
- die Erhöhung des Punktwertes für Leistungen der Anlage 1 zum 21. Nachtrag
- die Erweiterung der Anlage 1 zum 21. Nachtrag um Angiologie und die Einführung eines Zuschlags für Geburten

finanziert.

## **§ 6 Laufzeit**

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2006 in Kraft.
- 2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2007.
- 3) Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes prüfen die Vertragspartner inwieweit eine Anpassung dieses Vertrages erfolgt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

### **Protokollnotizen:**

#### **zu § 4**

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

#### **zu § 5**

Die Vertragspartner werden die Entwicklung quartalsweise beobachten und ggf. noch im lfd. Vertragszeitraum Maßnahmen ergreifen, um Unterschreitungen oder nicht durch Einsparungen gedeckte Überschreitungen der Obergrenze in Gesamtzeitraum möglichst zu vermeiden.

Quartalsweise nicht verbrauchte Mittel werden in das jeweilige Folgequartal ggf. auch über den Vertragszeitraum hinaus übertragen.

**Anlage 1**  
**zum S T R U K T U R V E R T R A G**

**über die**

**strukturelle und finanzielle Förderung  
ausgewählter Leistungen**

Teilnahmeerklärungen gelten in der bis 31.12.2005 vereinbarten Fassung weiter.

## Modellrechnung 1 zum 23. Nachtrag zum Gesamtvertrag

### Ermittlung der Kopfpauschalen für pauschalisierte Leistungen je Krankenkasse für die Zeit vom 01.01.2006 bis 31.12.2006

	Allgemeine Krankenversicherung	Rentner Krankenversicherung
1 Ausgangsquartal 1/2005 (L`EPF140, Zeile 3)		
1.1 Bereinigungen		
1.1.1 Nr. 1N EBM		
1.1.2 Leistungen i.Z.m. amb. Operationen (LB aus Fbl.-Pos. D010404, D010407, D012104, D012108 (ohne Anästhesie)) (vgl. Anmerkung 1)		
1.1.3 Fachinternistische Leistungen (vgl. Anmerkung 2)		
1.1.4 DMP Brustkrebs (vgl. Anmerkung 3)		
1.1.5 MRT-Angiographie (vgl. Anmerkung 4)		
1.2 Zuführungen		
1.2.1 Nr. 319 EBM		
1.2.2 Nr. 820 EBM		
1.2.3 Nrn. 5409 bis 5411, 5435 EBM		
1.2.4 Sonderbedarfzulassung (vgl. Anmerkung 6)		
2 Bereinigte Gesamtvergütung 1/2005 (Z.1 – (Z.1.1.1 bis Z.1.1.5) + (Z.1.2.1 bis Z.1.2.4))		
2.1 Zuführung Bereinigung Praxisnetze 1/2005 (vgl. L`EPF162, Quartal 1/2005)		
2.2 Bereinigung Praxisnetze 1/2006 (vgl. L`EPF151, Zeile 7)		
3 Bereinigte Gesamtvergütung 1/2005 (Z.2 + Z.2.1 – Z.2.2)		

4	Mitgliederzahlen 1/2005		
5	Kopfpauschale 1/2005 (Z.3 : Z.4)		
6	Veränderungsraten		
6.1	Grundlohnsummensteigerung 2006	0,00 %	0,00 %
6.2	Absenkung West-/Ost-Angleichung	- 0,30 %	- 0,30 %
6.3	Veränderungsrate Gesamt 2006 (Z.6.1 + Z.6.2)	- 0,30 %	- 0,30 %
7	Steigerungsbetrag 1/2006 (Z.5 * Z.6.3)		
8	Kopfpauschale 1/2006 (Z.5 + Z.7)		

Punktwert zur Ermittlung der Bereinigungsbeträge zu den Zeilen 1.1.1 bis 1.1.3 und 2.2:

Quartal 1/2005 3,71 Cent

Basis: (D999097 – D994997) : D993997 (Punktwert RK Gesamt)

Anmerkung 1 (zu Zeile 1.1.2):

Hierbei handelt es sich um Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit ambulanten Operationen, die jetzt im amb. Operationskomplex enthalten sind. Anteil dieser Leistungen am Leistungsbedarf geförderter ambulanter Operationen des entsprechenden Vorjahresquartals: 12,96%.

Anmerkung 2 (zu Zeile 1.1.3):

Hierbei handelt es sich um Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit geförderten fachinternistischen Leistungen, die jetzt in internistischen Komplexen enthalten sind.

Ermittlung des Leistungsbedarfs der Nrn. 601, 616 (2/3), 617, 635, 636, 689 (2/3), 661, 665, 671, 672, 680, 740 und 745 EBM im entsprechenden Vorjahresquartal; davon 63,84% für Strukturvertragsteilnehmer.

Anmerkung 3 (zu Zeile 1.1.4):

Ermittlung der Häufigkeit der Leistungen gem. Anlage 12 zum DMP Brustkrebs Vertrag.

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 4 (zu Zeile 1.1.5):

Die Bereinigung erfolgt gemäß Bundesempfehlung auf Basis der Leistungen in den Quartalen 3/2005 und 4/2005 bewertet mit PW 3,81 Cent.

Anmerkung 5 (zu den Zeilen 1.2.1 bis 1.2.3):

Ermittlung der Beträge aus L`EBA341

Anmerkung 6 (zu Zeile 1.2.4):

Gesamtbetrag je Quartal : 0,00 €, Aufteilung auf AV/RV im Verhältnis der M/R im jeweiligen Quartal des Jahres 2005

Anmerkung 7 (zu den Zeilen 1.1.1 bis 1.1.3):

Ermittlung durch Sonderauswertung

## Modellrechnung 2

### L'EPF140

#### Anlage 2 - Listbildentwurf

Berechnung der Gesamtvergütung  
gemäß Anlage A Ziffer I 1 zum Honorarvertrag  
- Primärkassen -

L'EPF140-PK

Erstellt am 12.01.00 um 16:43 Uhr

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

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.