

Vertrag

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns  
und  
den Verbänden der Ersatzkassen

über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen  
in den Jahren 2006 und 2007

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg,  
sowie  
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,

vertreten durch

die Landesvertretung Bayern

einerseits

und

die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,

andererseits

schließen mit Wirkung für die

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal  
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg  
Hamburg-Münchner Krankenkasse (HMK), Hamburg  
HEK-Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg  
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover  
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd  
HZK-Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg

unter Bezugnahme auf § 82 Abs. 2 SGB V die folgende Vereinbarung zur Honorierung  
vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2006 und 2007.

## 1. Grundsatz

Die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt in Anwendung dieser Vergütungsregelungen nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen des EBM sowie nach den Vergütungsregelungen des Gesamtvertrages und der Anlagen zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

## 2. Ermittlung der Gesamtvergütungen 2006 und 2007

2.1 Die Basis für die Berechnung der pauschalierten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns - getrennt für die einzelnen Ersatzkassen - der vier Quartale des Jahres 2006 bildet die „Summe Gesamtvergütung pauschaliert“ (im 1. Quartal die Abrechnungspositionen D-99-90-97, Bezeichnung EKA400L6) auf den entsprechenden Formblättern der Quartale des Jahres 2005.

2.2 Die nach Nr. 2.1 festgestellte pauschalierte Gesamtvergütung der vier Quartale des Jahres 2005 wird kassenspezifisch

- um die im jeweiligen Quartal des Jahres 1999 abgerechneten Beträge gemäß Anlage 12 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (Schmerztherapie-Vereinbarung) (Quartale II/2005 bis I/2006)
- um den mit einem Punktwert von 4,95 Cent bzw. 4,43 Cent bewerteten Leistungsbedarf des Vorjahres für Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens einschließlich Anästhesieleistungen, die vor Inkrafttreten des EBM 2000+ innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung bezahlt wurden und ab 1.4.2005 im Komplex einer geförderten Leistung enthalten sind (noch für Quartal I/2006)
- um die in den Quartalen 2/2005 bis 1/2006 gemäß Anlage 12 zum DMP Brustkrebs vereinbarten und abgerechneten Leistungen (kassenseitiger Formblatt 3 Punktwert) (noch für Quartal I/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
- 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

bereinigt.

2.3 Die nach Nr. 2.2 bereinigte Gesamtvergütung der vier Quartale des Jahres 2005 wird durch die Zahl der Mitglieder in den jeweiligen Quartalen des Jahres 2005 geteilt, die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ihren Wohnsitz haben. Der so errechnete Ausgangsbetrag je Mitglied der Ersatzkassen wird

- ab 01.01.2006 um 0,2 % gemäß § 85 Abs. 3d SGB V (West-/Ost-Ausgleich) abgesenkt und
- ab 01.01.2007 um die für das Jahr 2007 noch bekannt zu gegebende Grundlohnsummenentwicklung gemäß § 71 Abs. 3 SGB V erhöht.

Der so errechnete Betrag je Mitglied und Quartal wird mit der Mitgliederzahl je Ersatzkasse in den jeweiligen Abrechnungsquartalen 2006 bzw. 2007 multipliziert.

2.4 Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns erhält aus der Gesamtvergütung nach aus der im VDX-Viewer ausgewiesenen „Gesamtvergütung budgetiert“ einen Verwaltungskostenanteil in Höhe von 0,3 %, ab 01.07.2006 in Höhe von 0,2%.

#### 2.5.1 Außerhalb der pauschalieren Gesamtvergütung

- a) Von den Ersatzkassen werden außerhalb der pauschalieren Gesamtvergütung erstattet bzw. vergütet:
- Dialysesachkosten (VDX-Viewer Konto 402 Kapitel 87)
  - Durchlaufende Posten ( VDX-Viewer Verrechnungsbeträge zzgl. Gutschrift Praxisgebühr ).
  - Zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Sachkosten (z. B. für ambulante Operationen, LDL-Apherese (ist unter Dialysesachkosten enthalten) (VDX-Viewer Konto401)
  - Strukturvertrag amb. Operieren usw. gemäß **Anlage 3**, soweit unter 2.5.3 bzw. in Anlage 3 nichts Abweichendes geregelt ist. (VDX-Viewer Konto 400 bzw. 401 Kapitel 90 Abschnitt 6)
  - Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen (VDX-Viewer Konto 400 bzw. 401 Kapitel 90 Abschnitt 6)
  - Weitere Leistungen, soweit in gesonderten Vereinbarungen geregelt.

- b) Von den Ersatzkassen werden mit festen Pauschalen vergütet:
- Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gemäß **Anlage 1**.
  - Wegepauschalen.
  - Nr. 4828 EBM/Nr. 32828 EBM.
  - Nrn. 30700 (75,37 €) und 30701 (45,73 €).
  - Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM (Nuklidkosten) bis 31.03.2006 zu 50% gemäß Bundesempfehlung, ab 01.04.2006 zu 100 %.
- c) Von den Ersatzkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 5,11 Cent, ab 01.07.2006 von 5,08 Cent vergütet:
- Nrn. 01210, 01100, 01101, 01410, 01410N, 001411, 01411N, 01412 und 01412N EBM,
  - Nr. 01611 EBM.
- d) Von den Ersatzkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,09 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
  - Leistungen der Künstlichen Befruchtung gemäß Bundesempfehlung.
  - Leistungen nach der Nr. 13621 EBM „Immunapherese“.
  - Leistungen nach den Nrn. 34470 bis 34491 EBM sowie des bei MRT-Angiographien nach Begründung berechneten Zuschlages nach der Nr. 34492 EBM.
  - Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM gemäß Bundesempfehlung.
- e) Von den Ersatzkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 3,81 Cent vergütet:
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Abschnitt II Nr. 1.8 EBM.

- f) Von den Ersatzkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,95 Cent vergütet:
- Leistung nach der Nr. 30901 EBM „Polysomnographie“ gemäß Bundesempfehlung.
- g) Die Ersatzkassen leisten in Abgeltung sämtlicher Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns aus den Urteilen zur Psychotherapie des Bundessozialgerichtes vom 28.1.2004 (Az.: B 6 KA 52/03R und weitere) sowie des Bayerischen Landessozialgerichtes vom 15.12.2004 (Az.: L 12 KA 172/01 und weitere) für die Jahre 1999 bis 2005 einmalig einen Betrag in Höhe von insgesamt 6.107.320,62 €. Der Betrag wird in 2 Raten in Höhe von jeweils 3.053.660,31 € mit der Abrechnung der Quartale 2 und 3/2006 fällig. Der Gesamtbetrag ist dem Honorarfonds zuzuordnen, aus dem die Zahlungen an den Vertragsärzte entnommen wurden.

#### 2.5.2 Innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung

- a) Leistungen nach den Anlagen 7 und 11 Arzt-/Ersatzkassenvertrag sowie die regionalen Vereinbarungen (Rheuma und AIDS) gemäß **Anlage 2**.
- b) Pauschalen für Behandlungsplan und Teamgespräch in "Frühförderereinrichtungen und Tagesstätten" (FBI.3 D-01-83-00 bzw. VDX-Viewer Konto400 Kapitel 90 Abschnitt 1).
- c) Die budgetrelevante Absenkung der Ausgangsbasis um 0,23 % aus der Laborreform seit 1.7.2001 wird nicht vorgenommen. Der hieraus der KVB verbleibende Betrag wird zielgerichtet für qualitätssichernde Maßnahmen insbesondere der Endoskopie und Mammographie verwendet. Die KVB wird die VdAK-Landesvertretung Bayern quartalsweise über die Mittelverwendung informieren.
- d) Die Absenkung der Verwaltungskostenpauschale um 0,1 % gem. Ziffer 2.4 wird zielgerichtet für zwischen den Vertragspartner abgestimmten, qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. Sono) verwendet. Die KVB wird die VdAK-Landesvertretung Bayern quartalsweise über die Mittelverwendung informieren.
- e) Von den Ersatzkassen werden folgende Leistungen mit einem festen Punktwert von 4,86 Cent vergütet:
- Leistungen nach der Nr. 01420 EBM.

### 2.5.3 Gesonderte regionale Vereinbarung für ausgewählte fachinternistische Leistungen

Für die fachinternistischen und lungenärztlichen Leistungen gemäß Anlage 2 zu Anlage 3 dieses Vertrages wird für die Quartale 1/2006 bis 4/2006 eine Gesamtsumme zur Verfügung gestellt, die der Vergütung dieser Leistungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2005 entspricht. Dieser wird im Quartal I/2006 aus der bisherigen pauschalierten Gesamtvergütung noch der Betrag für die Leistungen zugeführt, die vor Inkrafttreten des EBM 2000+ innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung bezahlt wurden und ab 1.4.2005 im Komplex einer geförderten Leistung enthalten sind.

### 2.5.4 Kostenneutralität

Um eine für beide Seiten kostenneutrale Umsetzung der EBM-Reform in Bezug auf die strukturvertraglich geförderten Leistungen (Ziff. 2.5.1.a. 4. Spiegelstrich) einschließlich der Wegepauschalen (Ziff. 2.5.1.b. 2. Spiegelstrich) sowie der Besuchsgebühren (2.5.1.c. 1. Spiegelstrich) sicherzustellen, prüfen die Vertragspartner das Abrechnungsgeschehen für die Quartale II/2005 bis I/2006 und werden bei Bedarf entsprechende Anpassungen in dieser Honorarvereinbarung vornehmen. Dies setzt auch umfassende Transparenz und Einvernehmen hinsichtlich der kassenspezifischen Ein- bzw. Ausdeckelungsbeträge sowie der Belegung der einzelnen Formblatt 3 – Positionen voraus. Bei Fehlentwicklungen - auch hinsichtlich der Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten – nehmen die Vertragsparteien unverzüglich Verhandlungen mit dem Ziel der Korrektur auf.

2.6 Die durchschnittliche Zahl der Mitglieder je Ersatzkasse im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird für die jeweiligen Abrechnungsquartale 2006 wohnortbezogen analog der für die amtliche Statistik KM1 geltenden Regelung ermittelt. Diese Daten sind bis zum 10. Tag des zweiten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mitzuteilen.

2.7 Die von den Ersatzkassen für ihre Versicherten auf der Grundlage von § 13 Abs. 2 SGB V im Jahre 2006 geleisteten Kostenerstattungen für vertragsärztliche Leistungen werden in die Gesamtvergütung eingerechnet. Grundlage hierfür ist der im Jahre 2005 für Ersatzkassenversicherte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geleistete Erstattungsbetrag, umgerechnet auf einen Betrag je Mitglied.

Die Ersatzkassenverbände verpflichten sich, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns über die Höhe der geleisteten Kostenerstattungen zu informieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns verzichtet insoweit auf die Information, als die Rückforderungen der Ersatzkassen für Kostenerstattungen in 2006 nicht die Differenz zwischen der Gesamtvergütung 2006 mit Einrechnung von Kostenerstattungen und der Gesamtvergütung 2006 ohne Einrechnung von Kostenerstattung übersteigen. Über die Abwicklung der aus der Einbindung der Kostenerstattungen in die Gesamtvergütung 2006 resultierenden Ansprüche erfolgt eine Verständigung in 2007.

### 3. Zahlungen der Ersatzkassen

Für die nach Nr. 2 ermittelte Gesamtvergütung eines jeweiligen Quartals gilt folgende Regelung für Abschlags- bzw. Restzahlungen durch die Ersatzkassen:

- a) Die Abschlagszahlungen betragen für jeden Quartalsmonat jeweils 30 % der vorläufigen Gesamtvergütung des betreffenden Quartals nach der Formblatt 3-Position D-99-90-97 bzw. aus der im VDX-Viewer ausgewiesenen „Summe Gesamtvergütung pauschaliert“ des betreffenden Vorjahresquartals (ohne Mitgliederentwicklung). Die Zahlungen werden jeweils am 5. des Folgemonats (Wertstellung) an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns geleistet.
- b) Nach Vorliegen der Mitgliederzahlen der Ersatzkassen für das Abrechnungsquartal wird die für dieses Quartal vereinbarte pauschalierte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen festgestellt und an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns als vorläufige Restzahlung überwiesen. Zusammen mit dieser vorläufigen Restzahlung werden auch die nicht pauschalierten Leistungen von bayerischen Ärzten bezahlt, soweit sie kassenspezifisch im Einzelnen nachgewiesen werden. Die Zahlung erfolgt innerhalb von 10 Tagen nach Vorliegen dieses Nachweises. Über die Form dieses Nachweises verständigen sich die Vertragspartner.
- c) Die Restzahlung erfolgt innerhalb von 10 Tagen nach Vorlage des Rechnungsbriefes für nicht pauschalierte Leistungen von außerbayerischen Vertragsärzten. Als zahlungsbegründende Unterlagen sind den Rechnungsbriefen die Formblätter im VDX-Format einschließlich VDX-Viewer für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte für das jeweilige Abrechnungsquartal beizufügen. Nicht pauschalierte Leistungen sind in den Formblättern bis zur Ebene der Einzelleistungen auszuweisen.
- d) Im Rahmen des Datenträgeraustausches wird für Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens im Einzelfallnachweis auch der OPS-Schlüssel geliefert.
- e) Die VdAK/AEV Landesvertretung Bayern erhält für das jeweilige Abrechnungsquartal Summenblätter der Formblätter im VDX-Format einschließlich VDX-Viewer für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

## Protokollnotizen

### Nr. 1

#### ad 2.4:

Die Vertragspartner stimmen überein, dass der Anteil der Kosten der Ersatzkassen an den von der KVB betreuten Prüfungsgremien wie bisher aus der Verwaltungskostenpauschale finanziert wird.

### Nr. 2

#### ad 2.5.1 b) – 4. Spiegelstrich (Schmerztherapie)

Sobald die Bewertung im EBM 2000+ geändert wird, erfolgt eine Anpassung der Pauschalen im selben Umfang, höchstens jedoch bis zu den bis 31.3.2005 gezahlten Pauschalen.

### Nr. 3

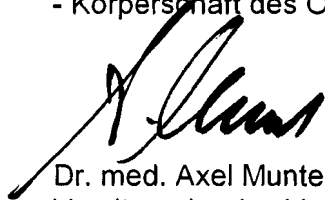
Eine Rückzahlung gemäß Ziff. 2.5.4 des Honorarvertrages 2005 wird seitens der Ersatzkassen nicht eingefordert.

#### Laufzeit des Vertrages

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2006 in Kraft. Seine Geltung ist auf die Jahre 2006 und 2007 begrenzt.

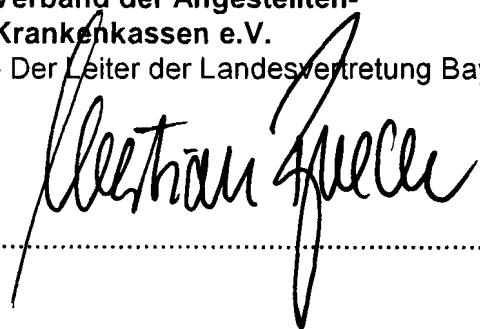
München, den 01.06.2006

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**  
- Körperschaft des Öffentlichen Rechts -

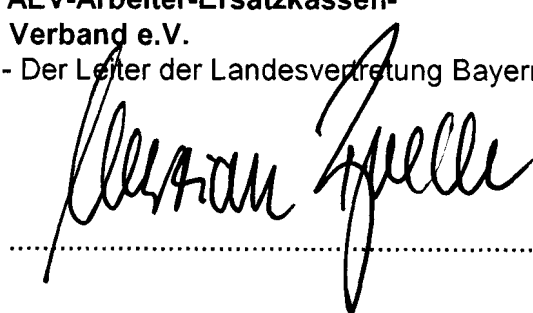


Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstandes

**Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.**  
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -



**AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-  
Verband e.V.**  
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -



Anlage 1 zu Nr. 2.5.1 b) – Präventionspauschalen gültig ab 01.01.2006

**Mutterschaftsvorsorge**

01770	Betreuung einer Schwangeren	103,97
01772	Weiterf. diff. diagn. sonogr. Abklärung/1	37,16
01773	Weiterf. diff. diagn. sonogr. Abklärung/3	57,23
01774	Weiterf. diff. diagn. sonogr. Abklärung/5	77,29
01775	Weiterf. Sonog. fetomatern. Gefäßsystem	45,83
01780	Planung d. Geburtsleitung	33,52
01781	Fruchtwasserentn. d. Amniozentese	52,44
01782	Transabd. Blutentn. a. d. Nabelschnur	72,28
01783	AFP-Best. i. Fruchtw. od. i. Serum	5,93
01784	Amnioskopie	6,16
01785	Tokographische Untersuchung	9,35
01786	CTG gem. Mu-Vo-Richtlinien	11,63
01787	Transzerv. Gew. v. Chorionzotengew., etc	75,24
01790	wissensch. begr. humangen. Beurteilung	17,78
01791	wissensch. begr. humangen. Beurt. n. Befun.	35,80
01792	Humangen. Beurteilung Risiko	145,46
01793	Chromosomenanalyse	528,96
01800	TPHA-Test	4,56
01801	Rötelnantikörperrachw. i. HAH-Test	5,93
01802	Rötelnantikörperrachw. ms. HIG-Test	9,58
01803	Untersg. a. Rötelnantikörper d. Kl. IgM	9,58
01804	Best. d. Blutgruppe u. d. Rh-Faktors D	8,21
01805	Untersuchung auf Dweak	6,38
01806	Best. Blutgruppenmerkmale C, c, E und e	4,10
01807	Antikörperrachw. ms. indir. Antiglob. tests	6,38
01808	Antikörperdiff. ms. indir. Antiglob. tests	13,68
01809	Quant. Antikörp. nachw. ms. indir. Coombstest	7,75
01810	HBs-Ag-Untersg. b. e. Schwangeren	5,47
01811	HIV-Antikörperuntersg. b. e. Schwangeren	4,10
01812	Unt. z. Chlam. trachomatis-Antigen-Nachw./1	3,42
01813	Unt. z. Chlam. trachomatis-Antigen-Nachw./2	9,80
01815	Unt./Ber. d. Wöchnerin	12,77

<b>Früherkennung Kinder</b>		
01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening	9,80
01708	Laborunters. iRd Erweit. Neug-Scree.	11,86
01710	TSH-Bestimmung	
01711	Neugeborenen-Erstuntersuchung	11,86
01712	Neugeborenen-Basisuntersuchung	29,18
01713	Untersg. i. d. 4.-6. Lebenswoche	29,18

01714	Untersg.i.3.bis 4.Lebensmonat	29,18
01715	Untersg.i.6.bis 7.Lebensmonat	29,18
01716	Untersg.i.10.bis 12.Lebensmonat	29,18
01717	Untersg.i.21.bis 24.Lebensmonat	29,18
01718	Untersg.i.43.bis 48.Lebensmonat	29,18
01719	Untersg.i.60.bis 64.Lebensmonat	29,18
01721	Bes.i.Rahmen e.FE n.d.Nrn.01711, 01712	18,24
01720	Jugendgesundheitsuntersuchung	33,52
01722	Sonogr.Screening-Unt.d.Säuglingshüften	16,19

Früherkennung Erwachsene		
01730	Krebsfrüherkennungsuntersg.b.d.Frau	17,10
01731	Krebsfrüherkennungsuntersg.b.Mann	13,68
01732	Untersg.z.Früherkennung v. Krankheiten	29,64
01733	Zyt.Untersg.e.od.mehr.Abstriche	7,52
01734	Untersuchung auf Blut im Stuhl (Frauen)	2,28
01740	Beratg.z.Früherk.d.kolorekt.Karzinoms	9,80
01741	Totale Koloskopie - Früherkennung	186,96
01741S	01740 für SV Teilnehmer	15,99
01742	Zuschlag zu der Leistung nach d. Nr. 01741	28,50
01743	Histol.Unters.einer Früherk. Koloskopie	13,00

**Anlage 1 zu Nr. 2.5.1 b) – Wegepauschalen:**

EBM Nummer	€ - Pauschale	€ - Pauschale ab 01.07.2006
40190	15,04	14,95
40192	20,76	20,64
40240	7,14	7,10
40260	3,64	3,62
40220	4,44	4,41
40222	8,88	8,83
40224	12,88	12,80
40226	8,88	8,83
40228	13,70	13,62
40230	18,54	18,43
95162	17,18	17,08
95163	22,90	22,76

## **Anlage 2 zu Nr. 2.5.2 a)**

Kostenerstattungen gemäß Anlagen 7, 8, 11 und 12

### **des Arzt-/Ersatzkassenvertrages sowie der regionalen Vereinbarungen Rheuma und AIDS**

1. Der onkologisch verantwortliche Arzt erhält für die
  - a) Durchführung und/oder Koordination der in § 3 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung gemäß Anlage 7 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag genannten Maßnahmen pro Behandlungsfall bei der Behandlung einer Hämoblastose eine Kostenerstattung in Höhe von 51,13 € (**Abrechnungsnummer 86502**) und bei der Behandlung solider Tumoren 25,56 € (**Abrechnungsnummer 86503**) ggf. zusätzlich zu der Erstattung nach den Nr. 4.1 b oder 4.1 c.
  - b) Durchführung einer spezifischen intrakavitären (intravesikal, intraabdominal, intrathekal) zytostatischen Tumortherapie gem. § 3 Abs. 1 Nr. 4.4 eine Kostenerstattung in Höhe von 25,56 € pro Behandlungsfall (**Abrechnungsnummer 86504**).
  - c) Intravasale (intravenös/intraarteriell) zytostatische Chemotherapie gem. § 3 Abs. 1 Nr. 4.1 bzw. 4.2 eine Kostenerstattung von 255,65 € pro Behandlungsfall (**Abrechnungsnummer 86505**).
2. Für den besonderen Aufwand gem. § 6 Abs. 2 der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erhält der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt eine Kostenerstattung von 163,61 € (**Abrechnungsnummer 88895**)

### **3. Rheuma-Vereinbarung vom 29.11.1994**

Abrechnungsnummer 97413: 30,68 €

### **4. AIDS-Vereinbarung vom 29.11.1994**

Abrechnungsnummer 97412: 76,69 €

**Anlage 3 zu Nr. 2.5.1 a)**

**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 den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung (Sonderentgelte/Fallpauschalen) 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 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 jeweiligen Bezirksstelle der KVB. Werden aus diesem Strukturvertrag ausschließlich die Nrn. 31010A bis 31013 A 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 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 abgestaffelten Punktwerten verweigert.
- 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) Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt jede Bezirksstelle der KVB ein Verzeichnis, das den Vertragspartnern 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 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung 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**

- (1) Die Vergütung der in Anlage 2 aufgeführten Leistungen erfolgt mit den jeweils dort genannten Punktwerten gemäß nachfolgender Regelungen.
- (2) Bei ambulanten und belegärztlichen Operationen einschließlich Anästhesien und postoperativer Überwachung erhält die einzelne Praxis 60% der im jeweiligen Vorjahresquartal im Rahmen des Strukturvertrages für diese Leistungen abgerechneten Punktmenge (einschl. der Leistungen nach Ziff. 2.2, 2. Spiegelstrich) mit dem geförderten Punktwert in Höhe von 4,95 Cent (4,43) bzw ab 01.07.2006 in Höhe von 5,00 Cent (4,33 Cent) vergütet. Darüber hinausgehender Leistungsbedarf wird mit einem Restpunktwert von 3,50 Cent vergütet. Bei Neuniederlassungen bildet der Fachgruppendurchschnitt die Berechnungsbasis.

- (3) Bei fachinternistischen und lungenärztlichen Leistungen erhält die einzelne Praxis 70% (*ggf. anpassen*) der im jeweiligen Vorjahresquartal im Rahmen des Strukturvertrages für diese Leistungen abgerechneten Punktmenge (einschl. der Leistungen nach Ziff. 2.5.3) mit dem geförderten Punktwert in Höhe von 4,95 Cent vergütet. Darüber hinausgehender Leistungsbedarf wird mit einem Restpunktwert von 3,15 Cent vergütet. Bei Neuniederlassungen bildet der Fachgruppendurchschnitt die Berechnungsbasis. Soweit aufgrund einer Mengenentwicklung die Gesamtsumme nach Ziff. 2.5.3 - ggf. nach Ausgleich zwischen den Quartalen - nicht ausreicht, um die hieraus resultierenden Vergütungsansprüche zu befriedigen, leisten die Ersatzkassen entsprechende Nachzahlungen.

Wird die Gesamtsumme nach Ziff. 2.5.3 - ggf. nach Ausgleich zwischen den Quartalen - nicht ausgeschöpft, verständigen sich die Vertragspartner über eine Verwendung für Qualitätsvereinbarungen.

- (4) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, medizinisch notwendige Leistungen auch zum abgesenkten Punktwert zu erbringen.

## **§ 6 Finanzierung**

Die auf Grundlage dieses Strukturvertrages erbrachten und anerkannten Leistungen werden von den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung mit den unter § 5 vereinbarten Punktwerten als Einzelleistung vergütet, soweit unter Nr. 2.5.3 des Honorarvertrages nichts Abweichendes geregelt ist. Bedingung für die Vergütung nach Satz 1 ist die Durchführung von Begehungen der genutzten Praxis-/Operationsräume.

## **§ 7 Laufzeit**

- 1) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2006 in Kraft und endet zum 31. Dezember 2007.
- 2) 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.

### **Nr. 3**

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass zur Finanzierung der Leistungen nach § 5 Abs. 2 das Vergütungsvolumen des Vorjahres ausreicht. Wird das Vergütungsvolumen überschritten, verständigen sich die Vertragspartner auf eine entsprechende Bereinigung der pauschalierten Gesamtvergütung zu Lasten des Honorarfonds „Ambulantes Operieren“. Dies gilt nicht, soweit die Überschreitung auf eine Mengenentwicklung zurück zu führen ist.

# Anlage 1 zum Strukturvertrag

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

## Teilnahmeerklärung an dem Strukturvertrag

über die strukturelle und finanzielle Förderung  
ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter  
fachärztlicher internistischer Leistungen  
- gültig ab 01. 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 (gemäß § 2 Abs. 2 des Strukturvertrags):

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

Ich erbringe die Leistung:

a.) in meiner Praxis   
und/oder

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

**Bitte wenden!**

## 2. Voraussetzung

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

Ja

Nein

## 3. Verpflichtungserklärung

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

## 4. Einverständniserklärung

Hiermit gestatte ich, dass nach Maßgabe der Anlage 3 eine Begehung der von mir genutzten Praxis-/Operationsräume durchgeführt wird.

## 5. Zusatzerklärung für belegärztliche Geburten nach den Nrn. 1022 und 1025 EBM

Ich erkläre,

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

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

Ja

Nein

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

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

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

Unterschrift und Vertragsarztstempel

## Anlage 1 zum Strukturvertrag

### 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 be-  
legärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen  
- gültig ab 01.01.2006 -

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

**1. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,95Cent bzw. 3,50 Cent:**

Voraussetzung für die Vergütung der nachstehend aufgeführten unter 1. und 2. 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 Ersatzkassen 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	Visceralkirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2621, 2622, 2725,
31153	Visceralkirurgischer Eingriff der Kategorie F3	2605, 2620, 2621, 2622, 2700
31154	Visceralkirurgischer Eingriff der Kategorie F4	2606, 2620, 2690
31155	Visceralkirurgischer Eingriff der Kategorie F5	2626, 2725
31158	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nrn. 31152, 31153, 31154, 31155.	
31163	Endoskopisch visceralkirurgischer 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. Schrittachersystems 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, 1572, 1576, 1580
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
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	1353
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	1353

\* geförderter PW 4,95 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

**1.1 Ab 01.07.2006:****Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 5,00 Cent bzw. 3,50 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 Ersatzkassen 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 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.	
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.	

\* geförderter PW 5,00 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

**2. Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,43 Cent bzw. 3,50 Cent:**

Voraussetzung für die Vergütung der nachstehend aufgeführten unter 1. und 2. 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 Ersatzkassen 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.	
31228		
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	

\* geförderter PW 4,43 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

**2.1 Ab 01.07.2006:****Ausgewählte ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 EBM 2000plus mit Punktwert 4,33 Cent bzw. 3,50 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 Ersatzkassen 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
		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.	
31131	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	2280, 2440, 2455, 2960, 2410, 2471
		2227, 2261, 2281, 2341, 2352, 2361, 2362, 2370, 2371, 2375, 2381, 2411, 2421, 2435, 2436, 2441, 2456, 2457, 2475, 2480, 2440, 2471, 2485
31132	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	
31138	Zuschlag Simultaneingriff i.Z.m. Nr. 31131, 31132.	
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	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
		1427, 1432, 1452, 1460, 1495, 1520, 1522, 1525, 1566, 2600, 1427, 1454, 1478, 1517, 1518
31232	Eingriffe der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	

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
31350	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	1353
31351	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	1353

\* geförderter PW 4,33 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

**3. Sonstige ambulante Operationen mit Punktwert 4,43 bzw. 3,50 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 4,33 Cent bzw. 3,50 Cent:**

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
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.	2174K
10322T	Nr. 10322 bei sichtbaren Flächen an Kopf, Hals, Händen und Unterarmen	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

\* geförderter PW 4,33 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

#### **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 Ersatzkassen abgerechnet und anerkannt wurden.

#### **4.1 Mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,50 Cent, ab 01.07. 2006 mit Punktwert 5,00 Cent bzw. 3,50 Cent:**

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP EBM alt</b>
05320	Leitungsanä.e.Nerven od. Ganglion	452
05330	Anästhesie u/o Narkose	462
05331	Zuschlag zu Nr. 05330	463
05340	Überwachung d. Vitalfunktionen	496
31820	Leitungsa. 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	

\* geförderter PW 5,00 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

#### **4.2 Mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,50 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 4,33 Cent bzw. 3,50 Cent:**

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

\* geförderter PW 4,33 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

### 5. Postoperative Überwachung nach ambulanten 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 4,95 Cent bzw. 3,50 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 5,00 Cent bzw. 3,50 Cent:

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
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

\* geförderter PW 5,00 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

#### 5.2 Mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,50 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 4,33 Cent bzw. 3,50 Cent:

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
31501	postoperative Überwachung 1	63 bis 67
31502	postoperative Überwachung 2	63 bis 67

\* geförderter PW 4,33 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

### 6. Ausgewählte belegärztliche Operationen mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,50 Cent, ab 01.07.2006 mit Punktwert 5,00 Cent bzw. 3,50 Cent:

GOP	Bezeichnung	GOP EBM alt
---		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
08411	Betreuung und Leitung einer Geburt	1022
08412	Zuschlag zu 08411 f. schw. Geburt	1025
08415	Zuschlag zu 08411 f. Schnittentbindung	1032

\* geförderter PW 5,00 Cent; Restpunktwert 3,50 Cent

**7. Folgende von fachärztlichen Internisten erbrachten Leistungen mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,15 Cent:**

<b>GOP neu</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP alt</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
33031	Zweidim.echokardiogr.Untersuchung bei Belastung	614
13550	Kardiolog.-diagn. Komplex, FA f. Inn. Med., Schwp. Kardiologie und nach Genehmigung	618
33022	Farbcod.Dopplerechokardiogr.Untersg	
33023	Zus.z.Nr. 33022 b.transösoph.Durchfg	619
13552	Funkt.analyse e. Herzschrittmachers	620, 621, 622
13551	Elektrostimulat.d.Herzens	625
	<b>Angiologie</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
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
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
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
33074	Sonogr. Unters. weibl. genital mittel Duplex, wenn die Leistungen nach Nrn. 33073 und 33074 EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 25 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	687
33075	Zuschlag zu 30070 bis 33074 Farbcod.	689
13300	Angiol.-diagnost. Komplex, FA f. Inn. Med. Schwp. Angiologie, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	668, 686, 687, 689

<b>Pulmologie und Lungenärzte</b>		
13662	Bronchoskopie	725
13663	Zuschlag zu 13662 ,	726
13670	Thorakoskopie	2807
<b>Gastroenterologie</b>		
13400	ösophago-gastroduodenaler Komplex, wenn diese Leistung in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100 mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurde	741, 768
13401	Zuschlag zur 13400	746
13402	Zuschlag zu 13400	
13430	bilio-pankreat.-diagn. Komplex,	750
13431	bilio-pankreat.-therap. Komplex,	751, 752
13421	Koloskopischer Komplex wenn 1. die Leistungen nach den Nrn. 13421 und 01741 (Präv. Koloskopie) EBM in dem die Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 50 mal (incl. Nr. 9406) für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden und 2. das Hygienezertifikat vorliegt und 3. die Leistung elektronisch dokumentiert wird.	764
13423	Zuschlag zu 13421	765
<b>Onkologie</b>		
01510	Beobachtung und Betreuung mehr als 2 Std.	63
01511	Beobachtung und Betreuung mehr als 4 Std.	64
01512	Beobachtung und Betreuung mehr als 6 Std.	65, 66
02101	Infusionstherapie	279
02110	Erste Transfusion	280
02111	Jede weitere Transfusion	282

\* geförderter PW 4,95 Cent; Restpunktwert 3,15 Cent: alle Leistungen innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung

#### 8. Die Leistung der Schlafstörungsdiagnostik mit Punktwert 4,95 Cent:

<b>GOP neu</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>GOP alt</b>	<b>Bezeichnung</b>
30900	Polygraphie	728	Kont. simultane. Reg. d. Atmung,....

**9. Prä- und postoperativer Untersuchungskomplex durch Hausärzte mit 5,11 Cent, ab 01.07.2006 5,08 Cent:**

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

**10. Folgende von Chirurgen erbrachten Leistungen mit Punktwert 4,95 Cent bzw. 3,15 Cent:**

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

\* geförderter PW 4,95 Cent; Restpunktwert 3,15 Cent: alle Leistungen innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung

### 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:
  - 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.
  
- (2) Die Vertragspartner beauftragen 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) Für die nicht von Abs. 2 betroffenen Ärzte wird Näheres zur Durchführung der Praxisbegehungen noch gesondert geregelt.

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.

Anlage 4 zu Nr. 2.2 ff

Modellrechnung 1



KVB 80684 München

Kassenname

Kassennummer:

Quartal:

Seite: 1 von 2

Datum: xx.xx.2006

Alle Bezirksstellen

**Ermittlung der Kopfpauschalen für pauschalierte Leistungen je Ersatzkasse für die Zeit vom 01.01.2006 bis 31.12.2006**

Allgemeine + Rentner Krankenversicherung  
(Gesamtbetrag)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Ausgangsquartal 1/2005 (L`EPF140 EK Zeile 3)	<input type="checkbox"/>
1.1 Bereinigungsbeträge	<input type="checkbox"/>
1.1.1 Leistungen i. Z. m. amb. Operationen (vgl. Anmerkung 1)	<input type="checkbox"/>
1.1.2 Schmerztherapie Basis: jeweiliges Quartal 1999 (vgl. L`IHG053)	<input type="checkbox"/>
1.1.3 DMP Brustkrebs (vgl. Anmerkung 2)	<input type="checkbox"/>
1.1.4 MRT-Angiographien (vgl. Anmerkung 3)	<input type="checkbox"/>
1.2 Bereinigtes Ausgangsquartal 1/2005 (Z.1 - Z.1.1.1 - Z.1.1.2 - Z.1.1.3 - Z.1.1.4)	<input type="checkbox"/>
2. Mitgliederzahlen 1/2005 Nach KM1 3 Stichtage	<input type="checkbox"/>
3. Kopfpauschale 1/2005 (Z. 1.2 : Z.2)	<input type="checkbox"/>
4. Veränderungsraten 2006	<input type="checkbox"/>
4.1 Grundlohnsummensteigerung	<input type="checkbox"/> 0,00 %
4.2 Absenkung West-/Ost-Angleichung	<input type="checkbox"/> - 0,20 %
4.3 Veränderungsrate Gesamt 2006 (Z.4.1 + Z.4.2)	<input type="checkbox"/> - 0,20 %
5. Steigerungsbetrag 1/2006 (Z.3 * Z.4.3)	<input type="checkbox"/>
6. Kopfpauschale 1/2006 (Z.3 + Z.5)	<input type="checkbox"/>

Anmerkung 1:

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

Anmerkung 2:

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 Kassenspunktwert des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert und ergibt den Bereinigungsbetrag.

Anmerkung 3:

Die Bereinigung erfolgt gemäß Bundesempfehlung auf Basis der Leistungen in den Quartalen 3/2005 und 4/2005 bewertet mit PW 4,09 Cent.

Berechnung der Gesamtvergütung  
Gemäß Nr. 2.4 zum Honorarvertrag

K V B - G e s a m t

- Ersatzkassen - Abrechnungsquartal x/xx

Kasse xxxx

Kassenname	Versicherte	Familienangehörige	Rentner	Gesamt
------------	-------------	--------------------	---------	--------

1. Mitgliederzahlen
2. Pauschalierte Leistungen
  - 2.1 Kopfpauschale pauschalierter Leistungen  
(Lt. Liste L`EPF170)
  - 2.2 Regionale Vereinbarung fach- und lungenärztliche Leistungen  
(einschl. West-Ost-Angl., lineare Steigerung und Mitgliederentwicklung)
3. Gesamtvergütung pauschalierter Leistungen  
(Ziffer 1 x Ziffer 2.1 + Ziffer 2.2)
4. Leistungsbedarf pauschalierter Leistungen  
Formblatt-3-Eigene-Ärzte  
FBL-3-Position D993997 (ohne D010307)
5. Aufteilung der Gesamtvergütung pauschalierte  
Leistungen für Versicherte und Familienangehörige  
nach dem Verhältnis von Ziffer 4