

## B E S C H L U S S

### zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 164. Sitzung am 17. Oktober 2008

---

#### Teil A

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung das Folgende:

#### Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 01. Januar 2009

##### 1. Aufnahme eines dritten Absatzes in den Allgemeinen Bestimmungen 5.1

In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

##### 2. Streichung der Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312

~~Grundpauschale für ermächtigte Ärzte,  
ermächtigte Institute bzw. ermächtigte  
Krankenhäuser~~

~~*Obligator Leistungsinhalt*~~

~~— Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,~~

~~*Fakultativer Leistungsinhalt*~~

~~— Weitere persönliche oder andere Arzt-  
Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der  
Allgemeinen Bestimmungen,~~

~~— Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten  
Dauer,~~

~~— Ärztlicher Bericht entsprechend der  
Gebührenordnungsposition 01600,~~

~~— Individueller Arztbrief entsprechend der  
Gebührenordnungsposition 01601,~~

~~In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,  
einmal im Behandlungsfall~~

~~01310 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 205 Punkte~~

~~01311 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 175 Punkte~~

~~01312 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres 205 Punkte~~

~~Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.~~

~~Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.~~

~~Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.~~

~~Die Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.~~

~~Die Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.~~

- 2.1 Analoge Streichung der Gebührenordnungspositionen 01310 bis 01312 in 2.3 der Allgemeinen Bestimmungen, in der ersten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01950, in den Präambeln 3.1.3, 4.1.5, 4.5.4, 5.1.3, 6.1.2, 7.1.4, 8.1.4, 9.1.2, 10.1.3, 11.1.2, 13.1.6, 13.3.6.3, 14.1.2, 15.1.2, 16.1.3, 18.1.2, 19.1.2, 20.1.2, 21.1.3, 22.1.2, 23.1.2, 26.1.2, 27.1.4, 31.2.1.8, 31.6.1.1 und 36.2.1.4 sowie im Anhang 3**

**3. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 für Ermächtigte Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser in den Abschnitt 1.3**

01320 Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin, Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

260 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01320 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.*

*Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.*

*Ärzte der in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.*

*Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01320 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01321, 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

01321 Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

450 Punkte

*Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.*

*Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.*

*Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.*

*Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 01321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01320, 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### **3.1 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 in 2.3 der Allgemeinen Bestimmungen**

#### **2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute**

Die Berechnung einer Gebührenordnungsposition durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch ermächtigte Krankenhäuser oder ermächtigte Institute ist an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungspositionen ~~01310 bis 01312~~ **01320 und 01321** die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschale durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen ~~01310 bis 01312~~ **01320 und 01321** die Pauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.

### **3.2 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 in der ersten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01950**

*Neben der Gebührenordnungsposition 01950 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die ~~Grundpauschalen nach den Nrn. 01310 bis 01312~~ **Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321** nicht berechnungsfähig.*

### **3.3 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 in die Präambeln 3.1.3, 4.1.5, 4.5.4, 5.1.3, 6.1.2, 7.1.4, 8.1.4, 9.1.2, 10.1.3, 11.1.2, 13.1.6, 13.3.6.3, 14.1.2, 15.1.2, 16.1.3, 18.1.2, 19.1.2, 20.1.2, 21.1.3, 22.1.2, 23.1.2, 26.1.2, 27.1.4, 31.2.1.8, 31.6.1.1 und 36.2.1.4**

### 3.4 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01320 sowie 01321 in den Anhang 3

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01320	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser,	KA	8	Nur Quartalsprofil
01321	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser,	KA	14	Nur Quartalsprofil

## 4 Verlängerung der verbesserten Abrechnungsmöglichkeit für diabetologische Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Versorgungsbereich (GOP 03212 und 04212)

### 4.1 Änderung der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 03212

*Die Gebührenordnungsposition 03212 ist vom ~~1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008~~ **1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009** in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben den Gebührenordnungspositionen 03120 bis 03122 berechnungsfähig.*

### 4.2 Änderung der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 04212

*Die Gebührenordnungsposition 04212 ist vom ~~1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008~~ **1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2009** in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben den Gebührenordnungspositionen 04120 bis 04122 berechnungsfähig.*

## 5. Aufnahme von Nachsorgepauschalen bei Organtransplantation in die Abschnitte 13.3.3 sowie 13.3.7 und deren analoge Umsetzung im Kapitel 4 in den Unterabschnitten 4.5.1 und 4.5.2

### 5.2 Aufnahme einer weiteren Bestimmung zum Abschnitt 4.5.1

2. Die Gebührenordnungsposition 04527 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ berechnet werden.

### 5.3 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04523 in den Abschnitt 4.5.1

04523 Zusatzpauschale Behandlung eines  
Lebertransplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen  
Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der  
Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 04523 ist im  
Behandlungsfall nicht neben der  
Gebührenordnungsposition 04212 und nicht  
neben den Gebührenordnungspositionen der  
Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5  
berechnungsfähig.*

### 5.4 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04525 in den Abschnitt 4.5.1

04525 Zusatzpauschale Behandlung eines  
Dünndarmtransplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Dünndarm-  
Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen  
Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der  
Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 04525 ist im  
Behandlungsfall nicht neben der  
Gebührenordnungsposition 04212 und nicht  
neben den Gebührenordnungspositionen der  
Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5  
berechnungsfähig.*

## 5.5 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04527 in den Abschnitt 4.5.1

04527 Zusatzpauschale Behandlung eines  
Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-  
Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Bei der Behandlung von Nieren-/Bauchspeicheldrüsentransplantatträgern ist die Gebührenordnungsposition 04527 nur von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 04527 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04212 und 04561 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3 und 4.5.5 berechnungsfähig.*

## 5.6 Aufnahme einer weiteren Bestimmung zum Abschnitt 4.5.2

2. Die Gebührenordnungsposition 04537 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt „Kinderkardiologie“ berechnet werden.

## 5.7 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 04537 in den Abschnitt 4.5.2

04537 Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen-  
oder Herz-Lungen-Transplantatträgers

### *Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 04537 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04212, 04420, 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.*

### 5.8 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 04523, 04525, 04527 und 04537 in den Anhang 3

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04523	Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
04525	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
04527	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren- Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
04537	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz- Lungen-Transplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil

### 5.9 Aufnahme einer weiteren Bestimmung zum Abschnitt 13.3.3

3. Die Gebührenordnungsposition 13439 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ berechnet werden.

### 5.10 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13437 in den Abschnitt 13.3.3

13437 Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 13437 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**5.11 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13438 in den Abschnitt 13.3.3**

13438 Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Dünndarm-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 13438 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**5.12 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13439 in den Abschnitt 13.3.3**

13439 Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Bei der Behandlung von Nieren-/Bauchspeicheldrüsen-transplantatträgern ist die Gebührenordnungsposition 13439 nur von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13601 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### **5.13 Aufnahme einer weiteren Bestimmung zum Abschnitt 13.3.7**

2. Die Gebührenordnungsposition 13677 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ berechnet werden.

### **5.14 Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13677 in den Abschnitt 13.3.7**

13677 Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

590 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 13677 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13561 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**5.15 Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 13437, 13438, 13439 und 13677 in den Anhang 3**

<b>GOP</b>	<b>Kurzlegende</b>	<b>Kalkulationszeit in Minuten</b>	<b>Prüfzeit in Minuten</b>	<b>Eignung der Prüfzeit</b>
13437	Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
13438	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
13439	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren- Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil
13677	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz- Lungen-Transplantatträgers	KA	18	nur Quartalsprofil

## Teil B

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung das Folgende:

**Ergänzungen/Änderungen zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998)**

**1. Teil F und Übergangsbestimmung zur Fallzählung im 1. Halbjahr 2008 – Zuschlag zu Regelleistungsvolumen in fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen mit Wirkung zum 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009**

Die Höhe des zutreffenden Regelleistungsvolumen für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % berechnet.

**2. Teil F, 2.2 wird wie folgt neu formuliert:**

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F, **antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, Leistungen im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung)** sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

**3. Teil F, 3.1 – Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumen mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Streichung des folgenden Spiegelstrichs in der Aufzählung des 2. Satzes:

- *unter Abzug der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen*

**4. Teil F, Anlage 1, Nr. 5 – Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

In Satz 2 und Satz 6 werden die Worte „des entsprechenden Quartals des Jahres 2007“ durch die Worte „des entsprechenden Vorjahresquartals“ ersetzt.

**5. Teil F, Anlage 1 – Einführung eines Fallwertzuschlages Teilradiologie für die Leistungen der diagnostischen Radiologie (GOPen 34210 bis 34282) im fachärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme einer Nr. 6 in Anlage 1 wie folgt:

6. Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs für qualitätsgebundene Leistungen

Für jeden nachfolgenden Leistungsbereich erhält ein Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, der nicht Facharzt für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie ist, jeweils ein weiteres Honorarvolumen, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zusätzlich zur Verfügung steht, wenn er über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügt. Das Honorarvolumen ergibt sich aus der Multiplikation seiner kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem hinter dem Leistungsbereich ausgewiesenen Betrag.

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Betrag in Euro
1.	Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282	5,00

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen der in 6. genannten Leistungsbereiche ausfüllen. Das mit den Leistungen in 6. korrespondierende Honorarvolumen kann dagegen nicht mit anderen Leistungen abgerufen werden.

Für neu zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulanten Arztfälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen.

**6. Teil F, Anlage 2, 2b – Vorwegabzug für den Fallwertzuschlag Teilradiologie mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen ersten Spiegelstrichs:

- *der zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 Nr. 6,*

**7. Teil F, Anlage 2, 2a, 2b – Änderung des Vorwegabzugs für Neupraxen mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Änderung des 3. Spiegelstrichs:

- *der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen,*

**8. Teil F, Anlage 2, 2a – Vorwegabzug für die Auswertung des Langzeit-EKGs mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen 4. Spiegelstrichs für die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)*

**9. Teil F, Anlage 2, 2a – Vorwegabzug Nachsorgepauschalen Transplantation mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen Spiegelstrichs:

- *der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537),*

**10. Teil F, Anlage 2, 2b – Vorwegabzug Nachsorgepauschalen Transplantation mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen Spiegelstrichs:

- *der zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677),*

**11. Teil F, Anlage 2, 2a, 2b – Vorwegabzug für Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Änderung des jeweils 2. Spiegelstrichs der Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Leistungen im organisierten Notfalldienst*

**12. Teil F, Anlage 2, 2a, 2b – Streichung des Vorwegabzugs für Teilradiologie mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Streichung des folgenden Spiegelstrichs für die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282), soweit nicht durch Fachärzte für diagnostische Radiologie erbracht*

**13. Teil F, Anlage 2, 2b – Vorwegabzug für Leistungen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen 5. Spiegelstrichs für die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7*

**14. Teil F, Anlage 2, 2b – Vorwegabzug für Leistungen in Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines 7. Spiegelstrichs der Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)*

**15. Teil F, Anlage 2, 2b – Vorwegabzug für Auswertung Langzeit-EKG mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme eines neuen 8. Spiegelstrichs für die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen:

- *Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 13253 und 27323)*

**16. Teil F, Anlage 2, 2a, 2b – Änderung des Vorwegabzugs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Anstelle des Wertes „4 %“ wird im 2. Spiegelstrich wird der Wert „3 %“ eingesetzt.

**17. Teil F, Anlage 2, 2a, 2b – Aufnahme eines Vorwegabzugs für die Vergütung des Aufschlages für arztgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften mit Wirkung zum 1. Januar 2009**

Aufnahme jeweils eine neuen Spiegelstrichs:

- *der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes,*

**18. Teil G, Nr. 1 – Versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen**

a. Teil G, 1. wird wie folgt neu formuliert:

Von der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden nach Berechnung der vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen der Versorgungsbereiche Anteile für die Bildung von Rückstellungen versorgungsbereichsspezifisch verwendet:

- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
- für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
- zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
- für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
- zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2.

b. Teil G, 3. wird wie folgt geändert:

In Beschluss Teil G, 3. Satz 1 wird nach dem Wort „erfolgt“ das Wort „versorgungsbereichsspezifisch“ eingefügt.