

Anlage 1

zur Prüfvereinbarung der KV RLP mit den Verbänden der Krankenkassen zum Zwecke der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung vom 10. Juni 2021

Arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen

I. Umfang der Prüfung und Praxisbesonderheiten

- (1) Die Verbände der Krankenkassen und die KV RLP legen die Zahl der im Rahmen dieser Anlage nach Abschnitt II je Prüfquartal höchstens zu prüfenden Vertragsärzte¹ auf insgesamt 1 Prozent fest. Maßgeblich für die Berücksichtigung des Antrags ist das Datum des Eingangs bei der Gemeinsamen Prüfungseinrichtung.
- (2) Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten aufgrund von besonderen Standort- und Strukturmerkmalen oder bei besonderen Behandlungsfällen erfolgt im Rahmen der Ausgestaltung der Prüfung nach Abschnitt III.

II. Prüfung ärztlich erbrachter und veranlasster ärztlicher Leistungen auf Antrag

- (1) Für die Prüfung von Vertragsärzten selbst erbrachten und veranlassten ärztlichen Leistungen gelten die Rahmenempfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung und des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 106a Abs. 3 Satz 1 SGB V in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Prüfung erfolgt auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der KV RLP im Wege einer Einzelfallprüfung. Der Antrag ist schriftlich unter Schilderung konkreter Sachverhalte, die einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen, zu begründen; hierzu sind die zur Begründung des Verdachts erforderlichen Unterlagen beizufügen.

III. Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten

- (1) Die Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt quartalsgleich, das heißt: unverzüglich nach Abschluss der sachlich/rechnerischen Berichtigung durch die KV RLP für das jeweilige Quartal, aber noch vor Erstellung der Honorarbescheide und Auszahlung der Honorare für das jeweilige Quartal.
- (2) Nach sachlich-rechnerischer Prüfung bereitet die KV RLP die von den Ärzten eingereichten Leistungsansätze zu folgenden arztbezogenen, kassenartübergreifenden Übersichten auf:

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche (männliche) Personenbezeichnungen gelten gleichzeitig für alle Geschlechter.

1. Gesamtübersicht mit folgenden Angaben:

- a) Lebenslange Arztnummer/Betriebsstättennummer
- b) Kassenummer
- c) Anzahl der Behandlungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G,
- d) davon die Anzahl der Überweisungsfälle, der Notfälle und der Vertretungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G, sobald diese Daten in aussagefähiger Form von der KV RLP zur Verfügung gestellt werden können
- e) Honoraranforderungen je Fall in Punkten beziehungsweise in Euro in der Aufteilung M, F, R, G; jeweils insgesamt und gegliedert nach Leistungsgruppen und gewichtet nach Statusgruppen-Anteilen
- f) jeweils Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe

Zu den Angaben nach c) - f) werden jeweils die Abweichungen in vom Hundert ausgedrückt.

2. Frequenztabellen mit folgenden Angaben:

- a) Häufigkeit der abgerechneten EBM-GOP, absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle
 - b) fallbezogene Punktzahl je EBM-GOP
 - c) im Vergleich zu a) durchschnittliche Häufigkeit der EBM-GOP auf 100 Behandlungsfälle, bezogen auf die Zahl der die jeweilige EBM-GOP abrechnenden Ärzte der Vergleichsgruppe
 - d) Abweichung der Häufigkeit der EBM-GOP auf 100 Behandlungsfälle zu den ausführenden Ärzten der Vergleichsgruppe
- (3) Die aufbereiteten Daten übermittelt die KV RLP an die Prüfungsstelle sowie an die von den Vertragspartnern benannten Personen per Datenträger.
- (4) Die für die Gesamtübersicht nach Absatz 2 gebildeten Vergleichsgruppen legt die KV RLP im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen fest.
- (5) Die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen durch die Gemeinsame Prüfungsstelle erfolgt anhand der zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Kriterien (Anhänge 1 - 3). Die rheinland-pfälzischen Krankenkassen und die KV RLP können jeweils zum 1.1. und zum 1.7. eines Jahres Vorschläge zur Anpassung der prüfrelevanten EBM-GOP einbringen. Im Rahmen der Quartalsgespräche verständigen sich die Vertragspartner dann über eine Modifizierung des Katalogs der prüfrelevanten GOP. Änderungen der prüfrelevanten GOP sind schriftlich durch Anpassung in den Anhängen zu dieser Anlage zu vereinbaren.
- (6) Die Vertragspartner erhalten eine Übersicht der ausgewählten Ärzte, die einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Gemeinsame Prüfungseinrichtung zugeführt werden unter Angabe des Prüfungsgegenstandes (EBM-GOP).

- (7) Das Recht der Vertragspartner, neben den auf diesem Wege ausgewählten Fällen gezielte Prüfanträge in weiteren Einzelfällen zu stellen, wird durch diese Vorgehensweise nicht eingeschränkt. Hierzu erhalten die Vertragspartner von der KV RLP die entsprechenden arztbezogenen Frequenzlisten (Anzahl-Summen-Statistik) der im Einzelfall für eine solche Prüfung in Frage kommenden Ärzte.

Sofern die Vertragspartner aufgrund dieser Unterlagen der Auffassung sind, dass weitere Ärzte einer Prüfung zugeführt werden sollten, informieren sie die Gemeinsame Prüfungseinrichtung unter Angabe des jeweiligen Arztes sowie des zu prüfenden Sachverhaltes. Die Gemeinsame Prüfungseinrichtung informiert die betreffenden Ärzte und führt diese im Folgequartal einer Prüfung zu, sofern keine Gründe beziehungsweise aktuellen Erkenntnisse vorliegen, die gegen eine Prüfung sprechen. Wird von einer Prüfung abgesehen, so informiert die Gemeinsame Prüfungseinrichtung die Vertragspartner unter Angabe dieser Gründe.

- (8) Die Vertragspartner werden die Entwicklung bei bestimmten EBM-GOP (**Anhang 4**) beobachten und sich in einem Quartalsgespräch über die weitere Vorgehensweise bei diesen EBM-Ziffern abstimmen. Hierzu erhalten die von den Vertragspartnern benannten Personen für diese EBM-GOP arztbezogene Übersichten, sofern – nach Anwendung der Filterkriterien gemäß **Anhang 3** – diese eine Abweichung von ≥ 400 Prozent aufweisen. Zusätzlich erhalten die von den Vertragspartnern benannten Personen für diese Ziffern eine Gesamtübersicht über die Entwicklung der Abrechnungsfrequenz (GKV RLP) im Vergleich zum Vorjahresquartal.
- (9) Verändert sich durch die rechtlichen Rahmenbedingungen die bestehende Honorarsystematik während der Laufzeit dieser Vereinbarung, treten die Vertragspartner unmittelbar in Gespräche zur Umsetzung der quartalsgleichen Prüfung beziehungsweise zur Anpassung dieser Anlage ein.

Anhang 1 – Auswahlkriterien Honorarprüfung

1. Regel – Bezug: Fach-/Vergleichsgruppe

Auf folgende Fach-/Vergleichsgruppen ist die Auswahl **nicht** anzuwenden:

- sofern der Landesausschuss eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 SGB V getroffen hat, Ärzte der betroffenen Arztgruppe in diesem Planungsbereich
- BDO / BDZ
- Krankenhäuser / Institute (HPG 74 HPUG 10)
- Ermächtigungen
- Psychologische Psychotherapeuten (HPG 69 HPUG 10)
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (HPG 70 HPUG 10)
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (HPG 52 HPUG 10)
- Ärzte anderer Fachgruppen, die ausschließlich (mehr als 90 Prozent) psychotherapeutisch tätig sind
- Humangenetiker (HPG 72 HPUG 10)
- Radiologen (HPG/HPUG 51/10; 53/10; 55/10)
- Nuklearmediziner (HPG 59 HPUG 10)
- Strahlentherapeuten (HPG 58 HPUG 10)
- Pathologen (HPG 47 HPUG 10)
- Einsendelabore
- Laborärzte (HPG 26 HPUG 10)
- HPG 99 HPUG 99 (Praxen ohne Zuordnung – Zytologen/Notdienst/Mamo-Screen etc.)

2. Regel – Prüfrelevante GOP

Die prüfrelevanten GOP sind dem anliegenden Leistungskatalog "Auswahl" (**Anhang 2**) zu entnehmen.

3. Regel – Bezug: Fach-/Prüfgruppen-Größe

Bei Fach-/Vergleichsgruppen, die aus

- 100 und mehr Praxen / Prüfgruppe bestehen, sind die GOP auszuweisen, die ≥ 50 Prozent Abweichung (Ansatz/100 Fälle) vorzuweisen haben.
- 50 bis 99 Praxen / Prüfgruppe bestehen, sind die GOP auszuweisen, die ≥ 100 Prozent Abweichung (Ansatz/100 Fälle) vorzuweisen haben.
- 20 bis 49 Praxen / Prüfgruppe bestehen, sind die GOP auszuweisen, die ≥ 150 Prozent Abweichung (Ansatz/100 Fälle) vorzuweisen haben.

- < 20 Praxen / Prüfgruppe bestehen, sind die GOP auszuweisen, die ≥ 200 Prozent Abweichung (Ansatz/100 Fälle) vorzuweisen haben.

4. Regel – Bezug: “Ausführende Praxen“

- a) **Wenn die Anzahl der die jeweilige Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe ≥ 50 Prozent und der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe < als 3 Prozent ist,**

wird die fiktive Kürzungssumme mit 200 Prozent über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe angegeben.

- b) **Wenn die Anzahl der die jeweilige Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe ≥ 50 Prozent und der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe ≥ 3 Prozent ist,**

wird die fiktive Kürzungssumme mit 100 Prozent über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe angegeben.

- c) **Wenn die Anzahl der die jeweilige Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe ≥ 90 Prozent und der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe ≥ 10 Prozent ist,**

wird die fiktive Kürzungssumme mit 50 Prozent über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe angegeben.

5. Regel – Bezug: “Kürzungssumme“

Kürzungsrelevant sind entsprechend dem anliegenden Leistungskatalog nur die BSNR, die einen Kürzungswert ≥ 18.000 Punkte vorweisen.

Anhang 2 – Prüfrelevante GOP

EBM-Nr.	Leistungslegende	Abschnitt
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	II 1.1
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	II 1.1
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	II 1.1
01510	Praxisklinische Betreuung mehr als 2 Stunden	II.1.5
01511	Praxisklinische Betreuung mehr als 4 Stunden	II.1.5
01512	Praxisklinische Betreuung mehr als 6 Stunden	II.1.5
01841	Ausführliche humangenetische Beurteilung wg. evidenten genetischen und/oder teratogenen Risiko	II.1.7.5
02340	Punktion I	II 2.3
02341	Punktion II	II 2.3
02350	Fixierender Verband	II.2.3
02360	Behandlung mit Lokalanästhetika	II.2.3
02400	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	II 2.4
02401	H ₂ -Atemtest	II 2.4
02500	Einzelinhalationstherapie	II 2.5
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe	II 2.5
02510	Wärmetherapie	II 2.5
02511	Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme	II 2.5
02512	Gezielte Elektrostimulation	II 2.5
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.a 3.2.3
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	III.a 3.2.3
03321	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	III.a 3.2.3
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.a 3.2.3
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	III.a 3.2.3
03330	Spirographische Untersuchung	III.a 3.2.3
03331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex/Zuschlag	III.a 3.2.3
03332	Zuschlag für die Polypenentfernung	III.a 3.2.3
04241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.a 4.2.3
04242	Funktionelle Entwicklungstherapie	III.a 4.2.3
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	III.a 4.2.3
04321	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	III.a 4.2.3
04322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.a 4.2.3
04324	Langzeit-Blutdruckmessung	III.a 4.2.3
04330	Spirographische Untersuchung	III.a 4.2.3
04331	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex/Zuschlag	III.a 4.2.3
04352	Erhebung des vollständigen Entwicklungszustandes	III.a.4.2.3
04354	Zuschlag zu Früherkennungsuntersuchungen	III.a.4.2.3
06312	elektrophysiologische Untersuchung	III.b 6.3
06320	Zusatzpauschale Untersuchung und Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	III.b 6.3
06321	Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte ab Beginn des 6. Lebensjahres	III.b 6.3

06330	Perimetrie	III.b 6.3
06331	Fluoreszenzangiographie	III.b 6.3
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	III.b 6.3
08311	Urethrozystoskopie	III.b 8.3
08331	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	III.b 8.3
08332	Vaginoskopie	III.b 8.3
08333	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie/Zuschlag	III.b 8.3
08334	Zuschlag für die Polypentfernung	III.b 8.3
08340	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	III.b 8.3
09310	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	III.b 9.3
09311	Lupenlaryngoskopie	III.b 9.3
09312	Schwebe- oder Stützlarngoskopie	III.b 9.3
09313	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop	III.b 9.3
09314	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	III.b 9.3
09318	Videostroboskopie	III.b 9.3
09320	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	III.b 9.3
09321	Sprachaudiometrische Bestimmung(en) des Hörvermögens	III.b 9.3
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	III.b 9.3
09324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	III.b 9.3
09325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	III.b 9.3
09326	Retro-cochleäre Erkrankung	III.b 9.3
09327	Hörschwellenbestimmung	III.b 9.3
09330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	III.b 9.3
09331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	III.b 9.3
09332	Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Sysarthrie und/oder Dysphagie	III.b 9.3
09333	Stimmfeldmessung	III.b 9.3
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	III.b 9.3
10310	Bestimmung Erythemschwelle	III.b 10.3
14220	Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	III.b 14.3
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	III.b 14.3
14320	Elektroenzephalographische Untersuchung	III.b 14.3
14321	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung	III.b 14.3
14330	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	III.b 14.3
14331	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	III.b 14.3
15310	Zusatzpauschale Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke	III.b 15.3
15311	Situationsmodell Kiefer	III.b 15.3
15321	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	III.b 15.3
15322	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	III.b 15.3
15323	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	III.b 15.3
15324	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	III.b 15.3
16310	Elektroenzephalographische Untersuchung	III.b 16.3
16311	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung	III.b 16.3
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	III.b 16.3

16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	III.b 16.3
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	III.b 16.3
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	III.b 16.3
16371	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	III.b 16.3
21216	Zuschlag Fremdanamnese	III.b 21.2
21217	Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	III.b 21.2
21220	Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung Erörterung und/oder Abklärung	III.b 21.3
21222	Beratung, Erörterung, Abklärung	III.b 21.3
21310	Elektroenzephalographische Untersuchung	III.b 21.3
21311	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung	III.b 21.3
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	III.b 21.3
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	III.b 21.3
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	III.b 21.3
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	III.b 22.3
22221	Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	III.b 22.3
22230	Basisdiagnostik	III.b 22.3
23220	Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung	III.b 23.3
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	III.b 26.3
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	III.b 26.3
26312	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	III.b 26.3
26313	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	III.b 26.3
27310	Funktioneller Ganzkörperstatus	III.b 27.3
27311	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	III.b 27.3
27320	EKG	III.b 27.3
27321	Belastungs-EKG	III.b 27.3
27322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.b 27.3
27323	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	III.b 27.3
27324	Langzeit-Blutdruckmessung	III.b 27.3
27330	Spirographische Untersuchung	III.b 27.3
27331	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	III.b 27.3
27333	Zuschlag für weitere Untersuchung	III.b 27.3
30110	Allergologisch-diagnostischer Komplex I	IV.30.1.1
30111	Allergologisch-diagnostischer Komplex II	IV.30.1.1
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	IV 30.1.2
30121	Subkutaner Provokationstest	IV 30.1.2
30122	Bronchialer Provokationstest	IV 30.1.2
30123	Oraler Provokationstest	IV 30.1.2
30200	Chirotherapeutischer Eingriff	IV 30.2
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	IV 30.2
30300	sensomotorische Übungsbehandlungen	IV 30.2
30400	Massagetherapie	IV 30.4
30401	Intermittierende apparative Kompressionstherapie	IV 30.4
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage	IV 30.4
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	IV 30.4
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	IV 30.4
30430	Selektive Phototherapie	IV 30.4
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	IV 30.4

30501	Verödung von Varizen	IV 30.5
30601	Zuschlag für die Polypentfernung	IV 30.6
30712	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektr. Nerven	IV.30.7.2
30720	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	IV.30.7.2
31941	Abdrücke und Modelle I	IV.31.6.2
33000	Ultraschall Augen bei Augenärzten	IV 33
33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	IV 33
33002	Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie	IV 33
33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie	IV 33
33012	Schilddrüsen - Sonographie	IV 33
33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	IV 33
33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	IV 33
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	IV 33
33023	Zuschlag TEE	IV 33
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	IV 33
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	IV 33
33040	Sonographie der Thoraxorgane	IV 33
33041	Mamma - Sonographie	IV 33
33042	Abdominelle Sonographie	IV 33
33043	Uro-Genital-Sonographie	IV 33
33044	Ultraschall weibliche Genitalorgane bei Gynäkologen	IV 33
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	IV 33
33051	Sonographie der Säuglingshöften	IV 33
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	IV 33
33060	Ultraschall hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler) Kardio-, Neurologen, Nervenärzte	IV 33
33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	IV 33
33062	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	IV 33
33063	Ultraschall intrakranielle Gefäße (PW-Doppler) Kardio-, Neurologen, Nervenärzte	IV 33
33064	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	IV 33
33070	Ultraschall extra- u. intrakranielle hirnversorgende und extremitätenversorgende Gefäße (Duplex) bei Kardiologen und FA-Internisten	IV 33
33071	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	IV 33
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	IV 33
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	IV 33
33074	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	IV 33
33075	Zuschlag Farbduplex	IV 33
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	IV 33
33080	Ultraschall Haut und Subkutis (B-Mode) bei Hautärzten	IV 33
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	IV 33
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	IV 33
33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	IV 33
33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	IV 33
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	IV 34.2.1
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	IV 34.2.1
34220	Röntgenaufnahme des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile	
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	IV 34.2.2

34222	Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	IV 34.2.3
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	IV 34.2.3
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	IV 34.2.3
34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitäten-teile	IV 34.2.3
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	IV 34.2.3
34235	Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	IV 34.2.3
34236	Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke	IV 34.2.3
34241	Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane	IV 34.2.4
34242	Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschl. Durchleuchtung	IV 34.2.4
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	IV 34.2.4
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	IV 34.2.4
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	IV 34.2.4
35100	Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	IV 35.1
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	IV 35.1
40840	Sachkosten der Strahlentherapie	V 40.15

Anhang 3 - Auswahlkriterien für zu beobachtende Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM im Rahmen des Quartalsgespräches

Bei der Erstellung der arztbezogenen Listen für das Auswahlgespräch wird die zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Liste der zu beobachtenden EBM-GOP zugrunde gelegt. Für die Erstellung der arztbezogenen Auswertungen sind im nächsten Schritt folgende Filterkriterien zu berücksichtigen:

Folgende GOP werden **nicht** einbezogen:

- a) GOP, bei denen die Anzahl der Leistungen der Praxis geringer als 10 ist.
- b) GOP, bei denen die Anzahl der abrechnenden Praxen kleiner als 10 ist.
- c) GOP, bei denen
 - die Anzahl der diese Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe größer / gleich 50 Prozent und
 - der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe kleiner als 3 Prozent ist und
 - die Abweichung weniger als 200 Prozent über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe liegt.
- d) GOP, bei denen
 - die Anzahl der diese Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe größer / gleich 50 Prozent und
 - der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe größer / gleich 3 Prozent ist und
 - die Abweichung weniger als 100 Prozent über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe liegt.
- e) GOP, bei denen
 - die Anzahl der diese Leistung abrechnenden Anwender bezogen auf die Prüfgruppe größer / gleich 90 Prozent und
 - der Ansatz je 100 Fälle der Prüfgruppe größer / gleich 10 Prozent ist und
 - die Abweichung weniger als 50 % über dem Vergleichswert der Vergleichsgruppe liegt.

Anhang 4 - GOP deren Entwicklung beobachtet wird

EBM-Nr.	Leistungslegende	Abschnitt
01410	Besuch	II 1.4
01413	Besuch eines weiteren Kranken	II 1.4
01414	Visite auf der Belegstation	II.1.4
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	II 1.4
02100	Infusion	II 2.1
02101	Infusionstherapie	II 2.1
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I	II.2.1
03220	Zuschlag zur Versichertenpauschale zur Behandlung u. Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chron. Erkrankung (mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt je Behandlungsfall)	III.a 3.2.2
03221	Zuschlag zur Versichertenpauschale zur Behandlung u. Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chron. Erkrankung (mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte je Behandlungsfall)	III.a 3.2.2
03230	Problemorientiertes ärztl. Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	III.a 3.2.2
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	III.a. 3.2.4
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	III.a. 3.2.4
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	III.a. 3.2.5
03371	Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmed. Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	III.a. 3.2.5
03372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	III.a. 3.2.5
03373	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	III.a. 3.2.5
04220	Zuschlag zur Versichertenpauschale zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chron. Erkrankung (mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt je Behandlungsfall)	III.a 4.2.2
04221	Zuschlag zur Versichertenpauschale zur Behandlung u. Betreuung eines Patienten mit mind. einer lebensverändernden chron. Erkrankung (mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte je Behandlungsfall)	III.a 4.2.2
04230	Problemorientiertes ärztl. Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	III.a 4.2.2
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	III.a 4.2.4
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	III.a 4.2.5
04371	Zuschlag zur Versichertenpauschale für die palliativmed. Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	III.a 4.2.5
04372	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	III.a 4.2.5
04373	Zuschlag zu den GOP 01410 oder 01413 für die palliativmed. Betreuung in der Häuslichkeit	III.a 4.2.5
05331	Zuschlag zur GOP 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie / Narkose	III.b.5.3
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I	III.b 10.3
16220	Neurologisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung, Abklärung	III.b.16.3
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	IV.31.1.2
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	IV.31.1.2
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	IV.31.1.2
31104	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	IV.31.1.2
31105	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	IV.31.1.2