

Zweiter Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

der **AOK Rheinland/Hamburg** - Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf

dem **Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen**, Essen

der **IKK Nordrhein**, Bergisch Gladbach

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen**,
Münster

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den Ersatzkassen

der **Barmer GEK**

der **Techniker Krankenkasse (TK)**

der **Deutschen Angestellten Krankenkasse (Ersatzkasse)**

der **KKH – Allianz (Ersatzkasse)**

der **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

der **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den
Leiter der vdek - Landesvertretung NRW

- andererseits -

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2010 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V. Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008, und der Ergänzungen/Änderungen hierzu durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01., 27.02., 17.03., 20.04., 02.09., 22.09., 02.11., 01.12., 08./09.12., 16.12., 21.12.2009 und 26.03.2010 jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (insgesamt im folgenden Beschluss genannt), sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt.

Dieser Vertrag beinhaltet die selbständigen Teile A und B. Teil A regelt die Vergütung zwischen den Vertragspartnern (Honorarvertrag). Im Teil B finden sich die Regelungen zur Honorarverteilung gegenüber den Mitgliedern der Kassenärztlichen

Vereinigung Nordrhein (HVV). Insofern bestehen – wie in der Vergangenheit – getrennte Regelungskreise.

Präambel

Die Parteien dieser Vereinbarung haben sich darüber verständigt, den Teil B aufgrund der Weiterentwicklung der Beschlüsse des Bewertungs- bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie erforderlicher Klarstellungen zu ändern bzw. zu ergänzen. Dazu erhält Teil B nunmehr folgende Fassung.

Teil B

Soweit sich die nachfolgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für deren Gemeinschaften, Psychotherapeuten, Angestellte und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1 Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nrn. 2 und 2a. Die Leistungen müssen nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen, insbesondere im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) inklusive seiner Anlagen, Einheitlichen Bewertungsmaßstab/Euro - Gebührenordnung (EBM) sowie der Richtlinien erbracht worden sein.

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder aufgrund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,

- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,
- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen GO-Nummer des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Einreichung der Abrechnung

Die Rechnungslegung ist quartalsweise auf gültigen Abrechnungsscheinen bzw. entsprechend in elektronischer Form vorzunehmen. Dabei sind mehrere, auch elektronische Abrechnungsscheine während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse als ein Behandlungsfall für die Abrechnung zusammen zu heften bzw. zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.

Die Abrechnungsunterlagen sind jeweils nach Beendigung eines Kalendervierteljahres bei der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einzureichen.

b) Abrechnung mittels Datenträger oder im Wege elektronischer Datenübertragung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zu Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V (IT-Richtlinien), veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 25/2005 sowie 12/2008, grundsätzlich mittels EDV vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten, der abrechnungsbegründenden Daten, einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren, sowie der zu übermittelnden Statistikda-

ten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien zu erfolgen.

Für die Abrechnung mittels EDV ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in den Datenträger-Austausch-Richtlinien (DTA-Rtl.).

Ärzte, die mit Hilfe einer zertifizierten Praxisverwaltungssoftware abrechnen, werden von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

Die mittels EDV abrechnenden, niedergelassenen Ärzte haben die Abrechnungs-, Überweisungs- und Notfall-/Vertreterscheine in der Praxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Die mittels EDV abrechnenden ermächtigten Krankenhausärzte, Krankenhäuser und andere ermächtigte Institute, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, haben die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine nicht der zuständigen Bezirksstelle zu übermitteln, jedoch über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen; dies gilt unabhängig davon, ob die Krankenversichertenkarte im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Gleiches gilt für den Fall der Online-Abrechnung der ermächtigten Krankenhausärzte, Krankenhäuser und anderen ermächtigten Instituten.

Die Aufbewahrungspflicht von vier Quartalen gilt unabhängig von der Pflicht bei Abrechnung mittels EDV Sicherungskopien zu erstellen, die 16 Quartale aufbewahrt werden müssen.

c) Persönliche Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist persönlich - ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, soweit nicht ausdrücklich gesetzlich vorgesehen - vorzunehmen. Die aufgrund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.

3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

4) Gesamtaufstellung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die in der Anlage zu diesem Vertrag aufgeführten Erklärung(en) auf Vordruck (Gesamtaufstellung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. In der Erklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters erforderlich. Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärztinnen zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit entsprechender qualifizierter Signatur abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit. Die Anlage B1 in ihrer jeweiligen Fassung ist Bestandteil dieses Vertrages. Sie wird ggf. vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Sicherstellung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung angepasst; die Vertragspartner werden hierüber unterrichtet.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Fristen für die Abgabe der Abrechnungsunterlagen werden von der einzelnen Bezirksstelle festgelegt. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach diesem Zeitpunkt erhält, können in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1 EKV mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal teil. Bei verspäteter Einreichung von Abrechnungsunterlagen finden die Regelungen nach Abs. 5b) Anwendung. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, auch in elektronischer Form, kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen. Ausnahmsweise kann unter der Voraussetzung, dass die nachträgliche Korrektur nicht als geringfügig erscheint, eine Nachbearbeitung nur mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden.

Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

Bei verspäteter Abrechnung gilt – außer bei Geringfügigkeit (z. B. Einreichung vor Bearbeitung der Arztgruppe, Einreichung von in der Regel bis zu 50 Fällen usw.) – Folgendes:

(1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.

(2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10%, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

Von den vg. Maßnahmen kann auf Antrag ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn der Arzt nachweist, dass er die Einreichungsfrist ohne sein Verschulden versäumt hat. Die Regelung unter (2) wird auch zugrunde gelegt, wenn zwei oder mehr Abrechnungen wegen eines Statuswechsels/Änderung der Kooperationsform während eines Quartals durchgeführt werden müssen und der Statuswechsel/die Änderung der Kooperationsform während des Quartals aus Gründen erfolgt, die die Praxis zu vertreten hat.

6) Print-Images und Aufbewahrung

In den Fällen, in denen Ärzten auf Antrag ausnahmsweise die Fortführung einer manuellen Abrechnung gestattet ist (DTA-Rtl.), stellt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein von den Abrechnungsscheinen Print-Images her, die sämtlichen weiteren Verfahren zugrunde gelegt werden und allein der Aufbewahrung unterliegen. Wenn der abrechnende Arzt eine Abweichung des Print-Images von den Eintragungen auf dem Original-Abrechnungsschein feststellt, hat er – soweit eine Korrektur aufgrund eines Abgleichs nicht mehr möglich ist – die Abweichung glaubhaft zu machen. Glaubhaft gemachte Abweichungen sind entweder im Einzelfall oder pauschal durch einen Sicherheitsabschlag zu berücksichtigen.

7) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Überweisungsscheine

Für die Abrechnungsfähigkeit von Überweisungsscheinen sind insbesondere die Bestimmungen des § 24 BMV-Ä bzw. § 27 EKV maßgeblich. Sofern der Überweisungsgeber seiner Pflicht zur Kennzeichnung der Überweisung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Überweisungsnehmer gehalten, solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben. Überweisungen, die nicht oder nicht vollständig gekennzeichnet sind, können nicht abgerechnet werden.

b) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertre-

tenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummern für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen.

c) Direktabrechnung für Laborgemeinschaften

Mit Wirkung vom 01.10.2008 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen Änderungen des Bundesmantelvertrages zur Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften vereinbart. Ab diesem Zeitpunkt haben die in Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 3 EKV zusammengeschlossenen Vertragsärzte ihre dort durchgeführten Laborleistungen direkt mit der am Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter Angabe der Betriebsstättennummer der anfordernden Praxis, der Betriebsstättennummer der Laborgemeinschaft und der Arztnummer des anfordernden Arztes abzurechnen. Die Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, ist in ihrer jeweils geltenden Fassung zu beachten.

d) MKG-Chirurgen

Sämtliche Leistungen von MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, sind ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen, wenn die Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt erfolgt, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.

e) Aufwandserstattungen

Für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes oder in einem OP-Zentrum kann für den ersten Patienten die Nr. 05230 EBM sowie für jeden weiteren Kranken am selben Tag die Nr. 05230E und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld abgerechnet werden.

f) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfalleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfalleistungen abgerechnet werden.

Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfalleistungen eines Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tage erfolgt.

Ebenfalls nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V.m. §§ 31a, 31 Abs. 1b, 31 Abs. 2 Ärzte-ZV ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115a SGB V.

(2) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem ermächtigten Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tag wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

8) Belegärztliche Tätigkeit

a) Grundsatz

Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Vertragspartner zu beachten.

b) Einzelne Abrechnungsregeln

(1) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.

(2) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.

(3) Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus Abschnitt 11.3 sind nur be-

rechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die Voraussetzungen der §§ 25 und 11 BMV-Ä bzw. §§ 28 und 39 EKV erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

- (4) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die Nr. 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die Nr. 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
- (5) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.

c) Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen der auf der Bundesebene vereinbarte Betrag je Patient und Pfl egetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfl egetage mit der Nr. 40170.

d) Hinzugezogene Vertragsärzte

Vom Belegarzt zur Durchführung von Assistenz- oder Anästhesieleistungen hinzugezogene Vertragsärzte rechnen nach den Bestimmungen des jeweils geltenden EBM ab; die Vergütung der Leistungen gegenüber den hinzugezogenen Vertragsärzten erfolgt nach § 7 Abs. 2h). Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den geltenden Vergütungsregeln für die hinzuziehenden Belegärzte (§ 3 für

Leistungen des Kapitels 36 EBM und § 7 Abs. 2h) für Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM) abgegolten.

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überprüfen durch automatisierte Verfahren oder repräsentative Stichproben die Abrechnungsunterlagen des Arztes u.a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des EBM und/oder Bestimmungen des Regelwerks außer acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter EUR 200 liegt.

§ 3

Vergütungsgrundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes bestimmt haben. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent nach dem Beschluss Teil A multipliziert werden. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese nach Teil A dieses Vertrages oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt. Da regionale Anpassungen nach dem Beschluss nicht bestehen und die Vertragspartner den regionalen Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 Satz 1 SGB V in der Höhe des Orientierungswertes vereinbaren, gilt als regionale Gebührenordnung die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung.

Dabei wird die Verteilung der zwischen den Vertragspartnern auf der Grundlage des Beschlusses vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen begrenzt.

Zudem werden auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend den nachfolgenden Regelungen einer Steuerung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Kontingentierung zu Abstrichen an der Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet die arztseitige Vergütung der in der Anlage B2 aufgeführten

Leistungen statt. Dazu wird der regional vereinbarte Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent bzw. werden die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Die Anlage B2 ist in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 4 Rückstellungen nach Beschluss Teil G

Rückstellungen nach Beschluss Teil G werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in voraussichtlich ausreichender Höhe aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die Krankenkassen je Quartal über die Höhe und die Verwendung der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

§ 5 Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt § 87b SGB V für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV vor. Nach der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses gelten zusätzlich QZV. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus dem Beschluss Teil F.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage B3 benannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt sein RLV/QZV die Hälfte des arztgruppenspezifischen RLV/QZV. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV/QZV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird. Für die arztbezogene Ermittlung und Festsetzung eines QZV muss der einzelne Arzt ferner die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Im Falle des Abschlusses von Verträgen nach den §§ 63 ff., 73b, 73c und 140 ff. SGB V erfolgt die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV/QZV u.a. nach den auf Bundesebene hierzu getroffenen Regelungen.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage B4, die in der jeweils geltenden Fassung Be-

standteil dieses Vertrages ist, verwiesen. Sie umfasst die nachfolgenden Schritte.

Schritt 1

Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Schritt 2

Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Schritt 3

Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV - Verteilungsvolumen

Schritt 4

Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Schritt 5

Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

Schritt 6

Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage B5, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, aufgeführt.

3) Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Zuweisung RLV und QZV

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen.

Die Höhe des zutreffenden RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% berechnet. Die Höhe des zutreffenden RLV für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen/Schwerpunkte wird berechnet unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 5% je Arztgruppe/Schwerpunkt für max. sechs Arztgruppen/Schwerpunkte, für jede weitere um 2,5%, jedoch insgesamt höchstens um 40%. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbearbeitungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Die Zuweisung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen. Ärzte erhalten ein QZV, sofern sie bereits eine der entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet haben. Ist eine Leistung im Vorjahresquartal nicht erbracht worden bzw. wurde von einer Genehmigung kein Gebrauch gemacht, erfolgt grundsätzlich keine Zuweisung eines entsprechenden QZV. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Zuweisung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinderungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im

Vorjahresquartal - ausschließlich in diesem einen Quartal - nachweisbar entgegen gestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden.

Die Zuweisung an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV.

b) Verrechnung

Die Höhe des RLV sowie des QZV einer Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der RLV/QZV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

4) Praxisverlegung

Ist anzunehmen, dass bei einer Praxisverlegung im wesentlichen nicht mehr die gleichen Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann von einer Neuzulassung ohne Praxisvorgänger im Sinne von Abs. 2 ausgegangen werden mit der Folge, dass der arztgruppenspezifische Durchschnitt angesetzt werden kann. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 7,5 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 15 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.

5) Information der Vertragspartner

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die nordrheinischen Krankenkassen/-verbände quartalsweise per CD-Rom über die Zuweisung der RLV/QZV an den Arzt oder die Arztpraxis.

§ 6

Ausnahmeregelungen

1) Zuschläge auf das RLV

Auf Antrag des Arztes/der Praxis und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein können Leistungen als Zuschläge zum arzt-/praxisbezogenen RLV vergütet werden.

- a) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - (1) urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis

- (2) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis

- (3) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hier zählt z.B. Krankheit des Arztes

werden Zuschläge auf das arzt-/praxisbezogene RLV durch Erhöhung der Fallzahl auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals bewilligt. Entsprechendes gilt auch für den Fall, dass ein Arzt aus einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum ausscheidet.

Dabei liegt eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten in der Regel vor, wenn die Steigerung 10% der Fallzahl des Vorjahresquartals, und/oder mindestens 80 Fälle beträgt.

Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie länger als eine Woche dauern und gemäß § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mitgeteilt sind und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist. Bei Anlass zu Zweifeln an angegebenen Zeiten von Vertretung und der Anzahl zusätzlicher Vertreterfälle erfolgt eine Prüfung von Amts wegen.

Aufgabe einer Zulassung im o.g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.

Bei Gewährung eines Zuschlages zum arzt-/praxisbezogenen RLV werden die entsprechenden Fälle mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert berücksichtigt.

- b) In begründeten Fällen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag oder von Amts wegen aus Sicherstellungsgründen Zuschläge auf das arzt-/praxisbezogene RLV bewilligen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen.
- c) Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktaktivität gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM kann das RLV entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.
- d) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses Vertrages die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu beschließen.

2) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die ab dem 01.01.2007 erstmalig zugelassen sind, wird jeweils für die Dauer von 12 Niederlassungsquartalen mindestens das arztgruppenspezifische RLV für das jeweilige Quartal zugewiesen oder die Werte eines Praxisvorgängers - grundsätzlich ohne Fallwertzuschläge - im Vorjahresquartal, sofern diese höher sind. Haben neue Ärzte, die bei der Zuweisung des RLV zugrunde gelegten Fallzahl

len im aktuellen Abrechnungsquartal überschritten, werden diese bei der Abrechnung anerkannt. Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen bei der Zuweisung zugrunde gelegt. Die Anstellung - mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V - steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.

Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von Berufsausübungsgemeinschaften gelten arztbezogen die jeweiligen Werte fort. Liegen derartige Werte nicht vor, sind Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen zu berücksichtigen.

Die Regelung findet auf die Zuweisung von QZV entsprechende Anwendung.

3) Praxisbesonderheiten

Auf Antrag des Arztes/der Praxis und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein können Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe bzw. auf das RLV gewährt werden, wenn Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, zu einer Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% oder bei einzelnen Leistungen zu einer Überschreitung von mindestens 200% des Fachgruppendurchschnitts geführt haben. Bei der Bemessung der Zuschläge ist grundsätzlich die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis bzw. bei anderen Leistungen vorzunehmen. Die Vertragspartner vereinbaren, dass der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein beurteilt, ob eine Praxisbesonderheit in diesem Sinne vorliegt und welche Überschreitungen daraus resultieren. Er hat dabei einen Beurteilungsspielraum und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, in welcher Weise der Zuschlag gewährt wird. Das Ergebnis der Beurteilung wird durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein festgestellt.

4) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem Vorjahresquartal, können Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis geleistet werden, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Vertragspartner bisherige Regelungen zu den sog. extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortführen. Die Vertragspartner vereinbaren, dass der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag beurteilt, ob die Voraussetzungen der Regelung vorliegen. Er hat dabei einen Beurteilungsspielraum. Der Vorstand entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und ggf. in welcher Höhe und für welchen Zeitraum Ausgleichszahlungen gewährt werden. Er erteilt hierüber dem Antragsteller einen Bescheid.

§ 7

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV sowie ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, die mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent vergütet wird.

Die das RLV und die ggf. zugewiesenen QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage B4 Schritt 2 Abs. 1d) bzw. Abs. 2d) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 3,0 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

2) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen

- Die Vergütung für die in Anlage B4 Schritt 1, zweiter Punkt aufgeführten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des § 8 Abs. 3. Die in Anlage B4 Schritt 1, dritter und vierter Punkt aufgeführten Bereiche werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt.
- Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach Anlage B4 Schritt 2, Abs. 1e) und Abs. 2e) erfolgt nach § 8 Abs. 3, es sei denn die Leistungen sind in Anlage B5 aufgeführt.
- Die Vergütung der in Anlage B4 Schritt 2, Abs. 1f) bis h) und Abs. 2f) bis m) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.

Dabei erfolgt die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen in Abs. 1h) und Abs. 2k) abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.

Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO-Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2m) gebildeten eigenständigen Kontingent.

- d) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. Kapitel 11 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der im Übrigen in Anlage B4 Schritt 2 aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bzw. den regionalen Vereinbarungen.
- f) Die Vergütung der gemäß Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.
- g) Die Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 1 Abs. 8c) wird mit 2,42 Euro vergütet.
- h) Die Vergütung der belegärztlichen Leistungen außerhalb von Kapitel 36 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
- die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der Nrn. 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der Nr. 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60 % der Vergütungssätze
 - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 EBM nach Umrechnung in

Punkte durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 EBM bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 EBM, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkte ergibt, mit 60 % der Vergütungssätze

- die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie nach der Nr. 34502 EBM mit 20 % der Vergütungssätze vergütet werden.
- Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 EKV die Vergütung mit der Maßgabe, dass
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld mit 70 % der Vergütungssätze
 - für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM, und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70 % der Vergütungssätze
 - bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60 % der Vergütungssätze vergütet werden.

§ 8

Psychotherapeutische Leistungen

1) Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 4 je Abrechnungsquartal zugewiesen. Nach § 5 Abs. 6 Nr. 1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind ausschließlich psychothera-

peutisch tätige Vertragsärzte sowohl Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, als auch Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90% überschreiten.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden quartalsweise gebildet unter Zugrundelegung der Prüfzeiten Anhang 3 zum EBM als Summe aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in Höhe von 27.090 Minuten und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM gebildet nach dem Durchschnitt der abgerechneten Zuwendungszeit je Leistungserbringer im entsprechenden Quartal des Jahres 2009.

Hierbei ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt seine zeitbezogene Kapazitätsgrenze die Hälfte der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Angestellte Ärzte erhalten eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Die Zuweisung an den Leistungserbringer oder die Praxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Die Zuweisung kann als Allgemeinverfügung (§ 31 Satz 2 SGB X) durch amtliche Bekanntmachung (§ 37 Abs. 3 SGB X, § 16 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) erfolgen.

2) Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für psychotherapeutische Leistungen

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung u.a. zur Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen wird gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6. vom 02.09.2009 ermittelt, wobei das Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,1722% aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Nr. 3.3 enthalten ist.

3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt die Vergütung aus dem Vergütungsvolumen nach Anlage B4 Schritt 1, zweiter Punkt, von dem 2% für die Vergütung abgestaffelter Leistungen in Abzug gebracht werden. Die Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arzt-

gruppen erfolgt aus dem Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B4 Schritt 2, Abs. 2e). Die Vergütung für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, erfolgt je nach Zugehörigkeit des Leistungserbringers zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich aus dem Verteilungsvolumen des haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 1e) oder Abs. 2e).

Die Vergütung der Leistungen bis zum 1,5 fachen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B4 Schritt 2, Abs. 2d) gebildeten Volumen von 2%, welches um die vom Vergütungsvolumen in Anlage B4 Schritt 1, zweiter Punkt in Abzug gebrachten 2% erhöht wird, mit einem abgestaffelten Preis. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen von 2% und dem überschreitenden Leistungsbedarf insgesamt ermittelt und ist begrenzt auf max. 3,0 Cent.

§ 9

Erstattung von Kosten

Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 5 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 5 EKV in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbart haben.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

§ 10

Wegegelder und Wegepauschale

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte - soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist - eine Wegepauschale von Euro 1,32 bei Tag und Euro 2,41 bei Nacht.
- 2) Anstelle des Wegepauschales gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung

des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz ange-
setzt werden.

- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von
Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebens-
jahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeld-
es die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der
Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur
Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im
Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem
Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwi-
schen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Pa-
tienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am
nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen
Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung
sind nur nach Nr. O1721 EBM abrechenbar.
Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsun-
tersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit
gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus,
Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. O1411,
O1412, O1414 + O1100, O1414 + O1101, O1415
oder O5230 EBM Euro 1,85
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. O1411N,
O1412N, O1414N, O1414N + O1100 und
O1414N + O1101, O1415N Euro 2,92
bei Besuchen nach den Nrn. O1410 und
O1721 EBM Euro 1,52.

§ 11

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt
von seiner Bezirksstelle einen Quartalskonto-/Abrech-
nungsbescheid. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen
müssen insbesondere ersichtlich sein:

- die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von
Kosten
- weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlich-
rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie
ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten
der nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände nach
der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei-
und Heilmittelausgabenvolumen
- Abzüge der Bareinnahmen aus Praxisgebühr
- weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung
von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
- sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kosten-
träger
- die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge
gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreter-
versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-
rhein
- die Höhe des Abzuges für das Ärztliche Hilfswerk
- Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V

- Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rück-
forderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zu-
künftiger Forderungen
- der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungs-
betrag.

2) Honorarzählungen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Kranken-
hausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweili-
ge Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende
des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Mo-
nats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein werden erst fällig, nachdem Prü-
fungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit
durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam ge-
worden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Hono-
rarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärzt-
lichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt blei-
ben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzah-
lungspflichtige Vorschüsse.

Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrech-
nung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, de-
ren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20%, höchstens je-
doch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten
Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten
Gesamthonorars abzüglich der Bareinnahmen an Pra-
xisgebühr der letzten durch die Kassenärztliche Vereini-
gung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung be-
tragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Ertei-
lung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszah-
lungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedin-
gungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung
auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fort-
führung bisheriger vertraglicher Regelungen oder auf-
grund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärzt-
lichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei
Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs-
oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderun-
gen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert
oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforde-
rungen und Schadensersatzforderungen kann - auch im
Falle der Insolvenz - der festgestellte Betrag auch sofort
verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach
Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemes-
sene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachge-
wiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt
es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem
HVV, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Ge-
währung kein Rechtsanspruch besteht.

- Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der
Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines
Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist
geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Ab-
rechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbind-
lich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist
oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Kran-

kenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten.

Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

Zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche sowie künftiger Forderungen können fällige Honoraranforderungen in ausreichender Höhe einbehalten werden. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

5) Aussetzung von Honorarzahlungen

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z.B. Beendigung oder Entziehung der Zulassung, Tod, Wegzug) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Aussetzung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

§ 12

Überleitungsvorschrift

Zur Überleitung der Vergütung von Notfällen, die von Krankenhäusern in dem Zeitraum von I/99 bis IV/06 erbracht worden sind, wird bestimmt, dass – soweit über die Honorierung nicht bereits bestandskräftig entschieden wurde – der Punktwert für die Vergütung quartalsweise aus der Division der Summe der Vergütungsanteile für Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Vergütungsanteile für Notfalleistungen durch Krankenhäuser durch das für Notfalleistungen abgerechnete Gesamtpunktzahlvolumen ermittelt wird. Die Differenz zwischen dem jeweils ausgekehrten Vergütungspunktwert zu dem ermittelten Punktwert wird unter Berücksichtigung des 10%igen Investitionskostenabschlages bei Krankenhäusern für den anerkannten Leistungsbedarf für Notfallbehandlungen durch das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Quartal unter Abzug der Verwaltungskosten nachvergütet.

§ 13

Haftungsausschluss

1) Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Für den Fall, dass sich aus der Umsetzung des Beschlusses bzw. den Regelungen in diesem Honorarverteilungsvertrag eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergibt, so hat dies keine Auswirkung auf die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Davon wird die gesetzlich vorgegebene Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die gesetzlichen Krankenkassen nicht tangiert.

2) Verfahrenskosten

Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, sofern seitens der anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

§ 14

Laufzeit

Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.07.2010 in Kraft und läuft bis zum 30.09.2010. Sie verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn sie nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einem Vertragspartner die Kündigung rechtzeitig zugeht. Einvernehmliche Änderungen dieses Vertrages sind auch ohne Kündigung möglich.

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 03.05.2010

Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Mitglied des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverband NRW
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein
gez. Dr. Christian Korbanka
Mitglied des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse
gez. Heinz-Josef Voß
Hauptgeschäftsführer

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Verband der Ersatzkassen e.V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung NRW

Anlage B 1

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle



(Vertragsarztstempel der Praxis)

3. Quartal 2010

Eingang

Annahme

Grobsort

Gesamtaufstellung

Abrechnungsgebiete	Gebühren- ordnung	Arbeitsgebiet	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG) Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, SHT), Postbeamte A, Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
Gesamt			

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Veränderung des Erklärungstextes zur Unwirksamkeit der Erklärung führt mit der Folge, dass die Abrechnung abgelehnt werden kann.

1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

Ich versichere/Wir versichern, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) durch mich/uns erfolgt ist.

Ich versichere/Wir versichern ferner, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir selbst/uns oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner/unserer Aufsicht bzw. von einem Vertreter (vgl. § 32 ZV-Ärzte) ausgeführt wurden. Keine der in Rechnung gestellten Leistungen wurden durch einen von der KV Nordrhein nicht genehmigten ärztlichen Assistenten/AiP und/oder angestellten Arzt/Ärztin sowie in einer nicht genehmigten Zweigpraxis ausgeführt.

In der Zeit vom..... bis..... war Frau/ Herr Dr. med. als genehmigte(r) Assistent/in und/oder angestellte(r) Arzt/Ärztin in meiner Praxis tätig.

In der Zeit vom.....bis..... wurde ich in meiner Praxis von Frau/ Herrn Dr. med.vertreten.

Insbesondere versichere ich/versichern wir, dass ich/wir die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzung trage(n), weil ich/wir diese selbst erfülle(n) bzw. ich/wir mich/uns von deren Erfüllung persönlich überzeugt habe(n).

Ich habe/Wir haben davon Kenntnis genommen, dass durch die Beschäftigung eines nicht genehmigten Assistenten/Vertreters Honorarrückforderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein entstehen können.

Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst

Ich versichere/Wir versichern,

die am/ an folgenden Tagen.....

die am/ an folgenden Tagen.....

die am/ an folgenden Tagen.....

die am/ an folgenden Tagen.....

die am/ an folgenden Tagen.....

die am/ an folgenden Tagen.....

abgerechneten Leistungen selbst oder durch einen Vertreter als Leistungen im organisierten Notfalldienst in eigener Praxis bzw. in einer von KVNo und ÄKNo genehmigten Notfallpraxis erbracht zu haben.

Bitte wenden.
Unterschriften rückseitig. Danke.

Amtliche Bekanntmachungen

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere/Wir versichern, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Ich versichere/Wir versichern, dass in den von mir/uns zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir/uns erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

2) Erklärung bei datentechnischem Abrechnungsverfahren (Datenträger- oder Onlineabrechnung)

Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete Abrechnungssystem ist von der KBV zertifiziert und gültig. Der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Abrechnung mittels EDV angezeigt worden.

Ich versichere/Wir versichern, dass alle gemäß den aktuell gültigen DTA-Richtlinien einzureichenden Abrechnungsbelege an die zuständige Bezirksstelle termingerecht übersandt wurden.

Art der Abrechnung

Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger: _____

Onlineabrechnung

3) Erklärung zur Verordnung von Arzneimitteln gem. § 29 Abs. 5 BMV-Ä/§ 15 Abs. 5 EKV

Ich versichere/Wir versichern, dass ich/wir zur Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich zertifizierte Arzneimittel-Datenbanken und Software-Versionen eingesetzt habe(n).

Hierbei wurde folgende nach § 29 Abs. 3 BMV-Ä/§ 15 Abs. 3 EKV zugelassene Arzneimittel-Datenbank und zu ihrer Nutzung zugelassene Software angewendet:

4) Abrechnung von Laborleistungen nach Kapitel 32.2 EBM

Ich/Wir sind Mitglied der Laborgemeinschaft (BSNR): _____

Ich/Wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analysekosten dem erteilten Auftrag entsprechen und nicht Bestandteil meiner/unserer Abrechnung sind.

5) Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM sowie den Abschnitten 1.7.1, 1.7.4 und 1.7.5 in meiner Praxis von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) – nicht in den Räumen einer Laborgemeinschaft – aus- und durchgeführt wurden.

6) Erklärung bei Abrechnung von Leistungen, an denen mehrere Ärzte/Arztpraxen mitgewirkt haben

Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen aus den Abschnitten 1.5, 5.4, 31.3, 31.4, 36.3 und 36.6 und der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 05350, 30920, 30922 und 30924 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Arztpraxen besteht, dass nur ich allein/nur die unterzeichnende Arztpraxis in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(t). Ferner bestätige ich, dass bei der Erbringung der Leistungen nach der Nr. 01857 EBM kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat sowie, dass ich im Fall der Abrechnung der Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM der allein behandelnde Arzt bin.

7) Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. Abschnitt I Punkt 7.3 der Allg. Bestimmungen des EBM

Ich erkläre/Wir erklären, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere/Wir versichern weiterhin, dass ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.

8) Bestätigung gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

Ich bestätige, dass in meiner Praxis/Einrichtung keine zytologischen Leistungen in Haus-/Heimarbeit erbracht werden. Die Befundungen finden ausschließlich in der Praxis/Einrichtung an einem zytologischen Arbeitsplatz statt. Dies gilt auch für die ggf. bei mir tätigen Präparatebefunder/innen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeuten (bei Berufsausübungsgemeinschaften ggf. eines Partners - ansonsten auf gesondertem Blatt – bzw. für ein Medizinisches Versorgungszentrum der ärztliche Leiter bzw. für Notfallpraxen der jeweils verantwortliche Arzt)

Anlage B 1

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle



(Vertragsarztstempel der Praxis)

3. Quartal 2010

Eingang

Annahme

Grobsort

Gesamtaufstellung / Ermächtigte Ärzte

Abrechnungsgebiete	Gebührenordnung	Arbeitsgebiet	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG) Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, SHT), Postbeamte A, Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
		Gesamt	

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Veränderung des Erklärungstextes zur Unwirksamkeit der Erklärung führt mit der Folge, dass die Abrechnung abgelehnt werden kann.

1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

Ich versichere, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) durch mich erfolgt ist.

Ich versichere ferner, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir selbst (persönlich) oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden.

Insbesondere versichere ich, dass ich die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trage, weil ich diese selbst erfülle.

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Ich versichere, dass in den von mir zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

2) Erklärung bei datentechnischem Abrechnungsverfahren (Datenträger- oder Onlineabrechnung)

Hiermit bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete Abrechnungssystem ist von der KBV zertifiziert und gültig. Der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Abrechnung mittels EDV angezeigt worden.

Ich versichere, dass alle gemäß den aktuell gültigen DTA-Richtlinien einzureichenden Abrechnungsbelege an die zuständige Bezirksstelle termingerecht übersandt wurden.

Art der Abrechnung

- Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger: _____
- Onlineabrechnung

Bitte wenden.
Unterschriften rückseitig. Danke.

Amtliche Bekanntmachungen

- 3) Erklärung zur Verordnung von Arzneimitteln gem. § 29 Abs. 5 BMV-Ä/§ 15 Abs. 5 EKV**
Ich versichere, dass ich zur Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich zertifizierte Arzneimittel-Datenbanken und Software-Versionen eingesetzt habe.
Hierbei wurde folgende nach § 29 Abs. 3 BMV-Ä/§ 15 Abs. 3 EKV zugelassene Arzneimittel-Datenbank und zu ihrer Nutzung zugelassene Software angewendet:
- _____
- 4) Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)**
Ich bestätige, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM sowie den Abschnitten 1.7.1, 1.7.4 und 1.7.5 Praxis von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) – nicht in den Räumen einer Laborgemeinschaft – aus- und durchgeführt wurden.
- 5) Erklärung bei Abrechnung von Leistungen, an denen mehrere Ärzte/Arztpraxen mitgewirkt haben**
Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen aus den Abschnitten 1.5, 5.4, 31.3, 31.4, 36.3 und 36.6 und der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 05350, 30920, 30922 und 30924 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Arztpraxen besteht, dass nur ich allein/nur die unterzeichnende Arztpraxis in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(t). Ferner bestätige ich, dass bei der Erbringung der Leistungen nach der Nr. 01857 EBM kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat sowie, dass ich im Fall der Abrechnung der Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM der allein behandelnde Arzt bin.
- 6) Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM**
Ich erkläre, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere weiterhin, dass ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.
- 7) Bestätigung gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie**
Ich bestätige, dass in meiner Praxis/Einrichtung keine zytologischen Leistungen in Haus-/Heimarbeit erbracht werden. Die Befunde finden ausschließlich in der Praxis/Einrichtung an einem zytologischen Arbeitsplatz statt. Dies gilt auch für die ggf. bei mir tätigen Präparatebefunder/innen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des ermächtigten Arztes

Anlage B 1

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

3. Quartal 2010

Eingang
Annahme	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Grobsort	<input style="width: 80%;" type="text"/>

(Stempel des Krankenhauses/Betriebsstättennummer)

Gesamtaufstellung / Krankenhäuser

Abrechnungsgebiete	Gebührenordnung	Arbeitsgebiet	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG) Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, SHT), Postbeamte A, Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
Gesamt			

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Veränderung des Erklärungstextes zur Unwirksamkeit der Erklärung führt mit der Folge, dass die Abrechnung abgelehnt werden kann.

1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

Ich versichere, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erfolgt ist.

Ich versichere ferner, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen nur von den zur Leistungserbringung berechtigten Personen erbracht wurden.

Insbesondere versichere ich, dass ich die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzung trage, weil ich diese selbst erfülle bzw. ich mich von deren Erfüllung persönlich überzeugt habe.

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere, dass nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht werden.
Ich versichere, dass in den zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

2) Erklärung zu ambulanten Notfalleleistungen

Hiermit bestätige ich, dass die Abrechnung der ambulanten Notfalleleistungen ausschließlich durch das Krankenhaus erfolgt. Die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist demnach ausgeschlossen.

Ferner bestätige ich, dass Datum und Uhrzeit der ambulanten Notfallbehandlung angegeben wurden.

Ich erkläre hiermit, dass die zur Abrechnung gebrachten Notfalleleistungen nur die medizinische Erstversorgung umfassen.

Bitte wenden.
Unterschriften rückseitig. Danke.

Amtliche Bekanntmachungen

3) Erklärung bei datentechnischem Abrechnungsverfahren (Datenträger- oder Onlineabrechnung)

Hiermit bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete Abrechnungssystem ist von der KBV zertifiziert und gültig. Der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist die Abrechnung mittels EDV angezeigt worden.

Ich versichere, dass alle gemäß den aktuell gültigen DTA-Richtlinien einzureichenden Abrechnungsbelege an die zuständige Bezirksstelle termingerecht übersandt wurden.

Art der Abrechnung

Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger: _____
 Onlineabrechnung

4) Erklärung zur Verordnung von Arzneimitteln gem. § 29 Abs. 5 BMV-Ä/§ 15 Abs. 5 EKV

Ich versichere, dass ich zur Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich zertifizierte Arzneimittel-Datenbanken und Software-Versionen eingesetzt wurden.

Hierbei wurde folgende nach § 29 Abs. 3 BMV-Ä/§ 15 Abs. 3 EKV zugelassene Arzneimittel-Datenbank und zu ihrer Nutzung zugelassene Software angewendet:

5) Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)

Ich bestätige, dass die zur Abrechnung gebrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM sowie den Abschnitten 1.7.1, 1.7.4 und 1.7.5 unter persönlicher Überwachung des verantwortlichen Arztes (persönliche Anwesenheit) – nicht in den Räumen einer Laborgemeinschaft - aus- und durchgeführt wurden.

6) Erklärung bei Abrechnung von Leistungen, an denen mehrere Ärzte/Arztpraxen mitgewirkt haben

Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen aus den Abschnitten 1.5, 5.4, 31.3, 31.4, 36.3 und 36.6 und der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 05350, 30920, 30922 und 30924 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Arztpraxen besteht, dass nur die ermächtigte Einrichtung/das Krankenhaus in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnet.

Ferner bestätige ich, dass bei der Erbringung der Leistungen nach der Nr. 01857 EBM kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat sowie, dass im Fall der Abrechnung der Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM der ärztliche Leiter der allein behandelnde Arzt ist.

7) Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM

Ich erkläre, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere weiterhin, dass ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.

8) Bestätigung gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

Ich bestätige, dass in meiner Praxis/Einrichtung keine zytologischen Leistungen in Haus-/Heimarbeit erbracht werden. Die Befunde finden ausschließlich in der Praxis/Einrichtung an einem zytologischen Arbeitsplatz statt. Dies gilt auch für die ggf. bei mir tätigen Präparatebefunder/innen.

.....

Datum

.....

Unterschrift des ärztlichen Leiters

ANLAGE B2 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2010

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BKK**)
- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, IKK, LKK ab 2008**)
- Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BIG**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung**)
- Ergänzung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung-U11 Vorsorgeuntersuchung**)
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V (**HZV Knappschaft**)
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V (**HZV GEK**)
- Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening AOK**)
- Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening BKK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening IKK**)
- Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening LKK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening Knappschaft**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens (**Hautkrebs-Screening Barmer GEK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens (**Hautkrebs-Screening TK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie EKK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie BKK für Heilberufe, pronova BKK, BKK Mobil Oil**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V (**Katarakt AOK Kontingentvertrag**)
- Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V i. V. m. §§ 140a ff. SGB V (**Palliativ PKK**)
- Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (**Palliativ EKK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD (**DMP Asthma/COPD**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern (**DMP Diabetes 1**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern (**DMP Diabetes 2**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) (**DMP KHK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Brustkrebspatientinnen (**DMP Brustkrebs**)
- Vereinbarung über die Zahlung einer Sachkostenpauschale für die Versorgung mit Schienenverbänden - Knie Ruhigstellungsschienen/Immobilisationsschienen - (**Vereinbarung Schienenverbände**)
- Vereinbarung über die Versorgung der Versicherten der BARMER mit parenteralen Ernährungslösungen (**parenterale Ernährung**)
- Vertrag nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 20d Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (**Schutzimpfungen**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen (**Reiseschutzimpfungen mit ktpBKK; BKK Dräger und Hanse, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, und BIG Gesundheit, BKK24, Barmer GEK**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (**HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG Gesundheit, BKK Dräger und Hanse**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt LKK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt Knappschaft**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt BKK Kontingentvertrag**)

- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt BKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt EKK Kontingentvertrag**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt EKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt IKK Kontingentvertrag**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt IKK Fallpauschale**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt AOK Fallpauschale**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) AOK**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) Knappschaft**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) BKK LV NRW und BIG direkt gesund**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) LKK NRW**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des BMV-Ä (**Prävention Kinder U10 und U11 BKK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 IKK**)
- Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (**SAPV**) in Nordrhein gemäß § 132d SGB V i. V. m. § 37b SGB V
- Vereinbarung über den Ersatz des den Vertragsärzten entstehenden Aufwandes bei der ausführlichen Beantwortung der Anfragen der Krankenkassen zur Feststellung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Behandlungs- und Verordnungskosten bei rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten (einzelne BKK' en)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie (**Tonsillotomie-Vertrag, KKH Allianz**)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (**Schizophrenie-Vereinbarung, AOK Rheinland/Hamburg**)
- Wegepauschale und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen (§ 10)
- Rahmenvereinbarung über die „Auffangkonzeption“ für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatriebetten
- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 2 und Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden sowie Nrn. 13421-13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM (Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung)
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852, 32880-32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a EBM nach der Nr. 01723
- Hautkrebs-Screening nach den Nrn. 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951 und 01952 EBM
- Kostenpauschalen nach den Nrn. 40860, 40862, 40865 - 40868, 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230
- Diagnostik bei der sog. Neuen Grippe nach den Symbolnummern 88740 und 88741
- Leistungen, die bei nachgewiesener Infektion mit der Neuen Grippe mit den Symbolnummern 88200F, 88200T und 88200E gekennzeichnet wurden
- Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I
- Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022
- Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E - 90126E, 90128E - 90136E, 90140E - 90155E
- Kostenpauschale Dialyse 40800-40808, 40810-40813, 40820-40822
- Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emission-Tomographie (88738)

ANLAGE B3 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2010

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und QZV gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.1 ermittelt und festgesetzt:

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde mit Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“
Fachärzte für Augenheilkunde ohne Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde
Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
Fachärzte für Urologie

ANLAGE B4 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2010

Bildung der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Schritt 1 Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Ausgangsgröße für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6. vom 02.09.2009

- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V, soweit diese die in Schritt 1 nachfolgend benannten Leistungen betreffen,
- unter Abzug der Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- unter Abzug der Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst sowie für ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser und durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte außerhalb der üblichen Praxiszeiten auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- unter Abzug der Vergütung für die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM), für die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320), für die GOP 32001 EBM und für Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- unter Abzug der Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem um 0,1635% gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 3.3 vom 02.09.2009 ohne die zu erwartende Erhöhung der Leistungsmenge der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie.

Auf die so angepasste morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird zur Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens der nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1 ermittelte Trennungsfaktor angewendet. Dadurch entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches Verteilungsvolumen.

Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Das haus- bzw. fachärztliche Verteilungsvolumen wird um 15% bzw. um 85% der unter Schritt 1 in Abzug gebrachten Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem von 0,1635% erhöht. Im Anschluss daran wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten, mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis h) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,
- i) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- j) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5. vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- k) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2h) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

- Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
- Onkologie-Vereinbarung.

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% zzgl. des 2%igen Abzuges gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 für alle abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der nicht in der Anlage B3 zu diesem HVV aufgeführten Arztgruppen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin, der Fachärzte für Strahlentherapie, der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und der Fachärzte für Transfusionsmedizin
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 11 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 19 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- l) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- m) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Ver-

sorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen),

mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis k) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 und die unter l) und m) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden. Bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs sind die Anpassungsfaktoren für die unter f) bis m) aufgeführten Volumina gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 zu berücksichtigen sowie der Leistungsbedarf für das Volumen unter l) um 5% hiervon zur Berücksichtigung der Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu erhöhen.

- n) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- o) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5. vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- p) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2h) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie).

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen des Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Anlage 4 zu beachten.

Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 5 versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage B3 verteilt.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei der Arztgruppe der Chirurgen die Sonographie nach den GOP 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- dass die Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- dass die Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2) erbracht wurden, als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2008, ggf. unter Berücksichtigung der EBM - Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A Ziffer 2.4 vom 02.09.2009, bewertet mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26.03.2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u.a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da sich die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten jedoch nur auf das RLV und nicht auf die QZV berechnen, wird vereinbart, dieses arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1. zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im jeweiligen Vorjahresquartal als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, behalten sich die Vertragspartner vor, im Falle weiterer erheblich nachteiliger Auswirkungen Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um überproportionale, die Kalkulationssicherheit gefährdende Honorarauswirkungen im Einzelfall, auf der Ebene der Arztgruppe oder in einzelnen Leistungsbereichen zu verhindern oder abzuschwächen.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird sodann gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 jeweils auf die Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt.

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Für RLV und QZV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten, und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Schritt 1 und Schritt 2 nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.

Die Umsetzung erfolgt bei den QZV entsprechend, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet und vergütet worden ist.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3 Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3 Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen QZV-Fallwerte.

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

1) Berechnung des RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B3 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Bei angestellten Ärzten i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird bei dem anstellenden Arzt für die Berechnung des RLV die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe vor Abstaffelung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Faktor multipliziert.

Der Faktor errechnet sich dadurch, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe in den Altersklassen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und ab Beginn des 60. Lebensjahres ebenso ermittelt wird wie der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe für alle Versicherten. Die RLV-Fallzahl des Arztes wird nach den Altersklassen differenziert und multipliziert mit der Division des durchschnittlichen Leistungsbedarfs der Arztgruppe je Altersklasse durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Arztgruppe insgesamt.

Aus der Multiplikation des bisher ermittelten RLV je Arzt mit dem morbiditätsbezogenen Faktor ergibt sich das RLV je Arzt im entsprechenden Abrechnungsquartal.

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage B3 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Amtliche Bekanntmachungen

Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Lediglich für die Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie wird wegen der Feststellung der Vertragspartner zu überproportional nachteiligen Auswirkungen durch den Beschluss vom 26.03.2010 bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Hierbei werden die Leistungsfälle des angestellten Arztes i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V denen des anstellenden Arztes zugerechnet.

Bei der Ermittlung des QZV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Höhe des praxisbezogenen RLV/QZV ergibt sich aus der Addition der RLV je Arzt sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten sowie der Addition der QZV einer Arztpraxis.

ANLAGE B5 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2010

Arztgruppenspezifische Auflistung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeine Medizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Behandlung des diabetischen Fußes
	Behandlung von Hämorrhoiden
	Chirotherapie
	Ergometrie
	Hyposensibilisierungsbehandlung
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Kleinchirurgie
	Langzeit-Blutdruckmessung
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung
Sonographie I	
Sonographie III	
Spirometrie	

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie (Zusatzbezeichnung)
	Hyposensibilisierungsbehandlung
	Langzeit-EKG
	Nephrologische Leistungen
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
Fachärzte für Anästhesiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung
Fachärzte für Augenheilkunde	Elektroophthalmologie
	Fluoreszenzangiographie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie	Behandlung des diabetischen Fußes
	Behandlung von Hämorrhoiden
	Chirotherapie
	Gastroenterologie I
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung
	Sonographie I
	Sonographie III
Teilradiologie	
Ulcus cruris, CVI	
Fachärzte für Frauenheilkunde	Inkontinenzbehandlung
	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Sonographie III	

Amtliche Bekanntmachungen

Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Sonographie II
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		Sonographie III
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Teilradiologie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Ulcus cruris, CVI
	Reproduktionsmedizin		Kleinchirurgie
	Sonographie III		Langzeit-EKG
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Bronchoskopie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Phlebologie
	Chirotherapie		Physikalische Therapie
	Otoakustische Emissionen		Sonographie I
	Kardiorespiratorische Polygraphie		Sonographie II
	Phoniatrie, Pädaudiologie		Sonographie III
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Ulcus cruris, CVI
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		Verordnung medizinischer Rehabilitation
	Sonographie I		Osteodensitometrie
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Teilradiologie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Dermatologische Lasertherapie		Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Phlebologie		Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Sonographie III
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Teilradiologie
	Sonographie III		Gastroenterologie I
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Ulcus cruris, CVI	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Behandlung des diabetischen Fußes		Sonographie II
	Behandlung von Hämorrhoiden		Sonographie III
	Kardiorespiratorische Polygraphie		Kardiorespiratorische Polygraphie
	Kontrolle Herzschrittmacher	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Langzeit-EKG		Sonographie I
	Phlebologie		Sonographie III
	Physikalische Therapie		Teilradiologie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Bronchoskopie
	Prakto-/Rektoskopie		Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		Sonographie I	
Sonographie I		Sonographie II	
Sonographie I		Teilradiologie	

Amtliche Bekanntmachungen

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	Fachärzte für Orthopädie	Chirotherapie	
	Sonographie II		Neurophysiologische Übungsbehandlung	
	Sonographie III		Osteodensitometrie	
	Teilradiologie		Physikalische Therapie	
	Osteodensitometrie		Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Behandlung des diabetischen Fußes	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	
	Sonographie II		Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	
	Sonographie III		Sonographie I	
	Verordnung medizinischer Rehabilitation		Teilradiologie	
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung		Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Allergologie (Zusatzbezeichnung)
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren			Hyposensibilisierungsbehandlung
Fachärzte für Nervenheilkunde	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Diagnostische Radiologie		Otoakustische Emissionen
	Kardiorespiratorische Polygraphie			Phoniatrie, Pädaudiologie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Sonographie I	
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	
Sonographie III	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren			
Fachärzte für Neurologen	Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	Fachärzte für Urologie	Sonographie III	
	Kardiorespiratorische Polygraphie		CT	
	Neurophysiologische Übungsbehandlung		Interventionelle Radiologie	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		kurative Mammographie	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		MRT	
	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung		MRT-Angiographie	
	Sonographie III		Osteodensitometrie	
Fachärzte für Nuklearmedizin	MRT	Fachärzte für Urologie	Sonographie I	
	MRT-Angiographie		Sonographie III	
	Teilradiologie		Behandlung von Hämorrhoiden	
			Inkontinenzbehandlung	
			Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	
			Prokto-/Rektoskopie	
			Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	
			Sonographie I	
		Sonographie III		
		Stößwellenlithtripsie		
		Teilradiologie		

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen bzw. deren Verbände haben sich mit Wirkung zum 01.07.2010 auf folgende Änderungen und Klarstellungen zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf verständigt:

1. Nachtragsvereinbarung

zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die Vertragspartner stimmen überein, dass mit Wirkung zum 01.07.2010 folgende Änderung und Klarstellung zur Sprechstundenbedarfvereinbarung wirksam werden:

Änderung zu IV.1 „Verband und Nahtmaterial „

- 0103070000 Trikotschlauchprodukte (der Produktbezeichnung vormals Trikotschlauchbinden als Meterware)

Klarstellung zu IV.5 „Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“

- 512000000 Einmal-Biopsie Nadeln (ggf. inkl. Coaxialhülsen – auch Einführhülsen)

Änderung zu IV.5 „Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“

- 534000000 Paukenröhrchen (~~grundsätzlich Kunststoff~~)

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Münster, den 28.05.2010

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Bernd Brautmeier
Vorstand
Dr. med. Peter Potthoff
Vorstand

IKK Nordrhein
Dr. Christian Korbanka
Mitglied des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
Heinz-Josef Voß
Direktor

BKK Landesverband NRW
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

Knappschaft
Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung NRW

Anlage I zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Aufstellung der als Sprechstundenbedarf zulässigen Artikel im Bereich der KV Nordrhein

Stand 01.07.2010

Änderungen/Ergänzungen sind hervorgehoben
(Schriftart „Fett“)

01	Verband- und Nahtmaterial
0101	Saug- und Polstermaterialien
0101010000	Augenwatte
0101020000	Binden zur Vorlage, z.B. nach gynäkologischen und urologischen Eingriffen
0101030000	Mulltupfer
0101040000	Polsterbinden
0101050000	Polsterwatte
0101060000	Tamponadestreifen (auch steril und/oder imprägniert mit Arzneistoffen)
0101070000	Tampons
0101080000	Tupfer
0101090000	Tupfer, steril für operativ tätige Ärzte
0101100000	Verbandwatte
0101110000	Verbandmull
0101120000	Verbandspray
0102	Wundkompressen und Kombinationen
0102010000	Augenkompressen
0102020000	Brandbinden
0102030000	Hydrocolloidverbandmaterial
0102040000	Schnellverbandmaterial
0102050000	Mullkompressen (auch Salbenkompressen)
0102060000	Wundpflaster (vorzugsweise Meterware)
0103	Fixiermittel
0103010000	elastische Binden (u. a. auch zur Kompressionstherapie)
0103020000	Gewebeklebstoff
0103030000	Heftpflaster (vorzugsweise Meterware)
0103040000	Drähte: Kirschnerdrähte
0103050000	Mullbinden
0103060000	Papierbinden
0103070000	Trikotschlauchbinden als Meterware Trikotschlauchprodukte
0103080000	Verbandklammern
0103090000	Verbandklebstoffe und ähnliche Fixiermittel
0104	Stütz- und Kompressionsbinden
0104010000	Antithrombose-Strümpfe (Thromboseprophylaxe-Strümpfe)
0104020000	elastische Pflasterbinden
0104030000	Zinkleimbinden
0105	Steifverbände
0105010000	Schienen: Cramerschienen

- 0105020000 Gipsbinden (einschl. Ergänzungsmaterial für Gipsverbände, z. B. Gehstollen, -bügel, Gummiabsätze)
 0105030000 Stärkebinden
 0105040000 Synthetische Stützverbandmaterialien (Cast-Verbände)
 0105050000 Thermoplastisches Material/Platten zur Anfertigung von Schienenverbänden
 0106 Nahtmaterial
 0106010000 Nadel und Faden
 0106020000 „Nahtsysteme (- nur Giant-Nadeln und Chop-Nadel-Techniksysteme-; die ausschließlich bei arthroskopischen Eingriffen in der vertragsärztlichen Praxis benötigt werden).“
 0106030000 Wundklammern (ohne Gerät)
 0107 Sonstiges
 0107010000 Drainageschläuche

02 Mittel zur Narkose und Anästhesie, auch zur Schmerztherapie im Rahmen der Narkose

- 0201000000 Inhalationsnarcotica
 0202000000 Sauerstoff
 0203000000 Mittel zur Lokalanästhesie
 0204000000 Mittel zur Leitungsanästhesie
 0205000000 Mittel zur i. v. Narkose
 0206000000 Mittel zur rektalen Narkose
 0207000000 Mittel zur Prämedikation als Narkosevorbereitung
 0208000000 Mittel zur Schmerztherapie im Rahmen der Narkose
 0209000000 Medizinische Druckluft

03 Desinfektions- und Hautreinigungsmittel, ausschließlich zur Anwendung am Patienten

Anmerkung: Soweit Desinfektionsmittel zur Reinigung oder Pflege ärztlicher Instrumente, Apparaturen und der Praxisräume sowie zur Händedesinfektion des Arztes bzw. Praxispersonals verwendet werden, gehören diese nicht zum Sprechstundenbedarf!

- 0301000000 Äther
 0302000000 Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhaut und Wunden (nicht Äthanol)
 0303000000 Isopropylalkohol 70 % (auch sterilfiltriert)
 0304000000 Jodtinktur, jodhaltige und ihnen ähnliche Desinfektionsmittel
 0305000000 Mittel auf Kresolgrundlage oder sonstige quaternäre Ammoniumbasen – nur bei gynäkologischen oder urologischen Verrichtungen (z. B. Zephirol, Sagrotan, Lysoform Killavon)
 0306000000 Rivanol-Tabletten 10 x 1,0 zur Herstellung von Lösungen
 0307000000 Wasserstoffsuperoxyd 3 %
 0308000000 Wundbenzin

04 Reagenzien und Schnellteste

Reagenzien und Schnellteste sind Sprechstundenbedarf, soweit für die Untersuchung nach dem EBM kein Honorar berechnungsfähig ist.

- 0401000000 Zulässig sind Testmaterialien für den Nachweis von Eiweiß und/oder Zucker sowie die Bestimmung des pH-Wertes im Harn.

05 Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie

- 0501000000 Arzneiformen zur Applikation in Körperhöhlen, wie Rektum, Vagina und Harnröhre (Urethra) und Harnleiter (Ureter), z.B. Rektalkapseln, Tamponaden, Ovula, Vaginaltabletten etc.
 0502000000 Augen-, Ohren- und Nasentropfen
 0503000000 Aqua destillata bzw. purificata nur für augen-, lungen-, HNO-ärztliche und urologische Verrichtungen (nicht für Inhalationen)
 0504000000 zu Angiographien erforderliche Medikamente wie physiologische Kochsalzlösung und Heparin etc.
 0505000000 Antirheumatika jeweils in Ampullenform, die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Verwendung finden, in wirtschaftlichen Packungsgrößen nur im Rahmen der Soforttherapie. Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.
 0506000000 Neuroleptika jeweils in Ampullenform, die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Verwendung finden, in wirtschaftlichen Packungsgrößen nur im Rahmen der Soforttherapie. Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.
 0507000000 Heparinpräparate zur Thromboseprophylaxe (nur als Sofort-Therapeutikum z. B. am Tag der Verletzung bzw. Operation), jeweils in Ampullenform, die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Verwendung finden, in wirtschaftlichen Packungsgrößen nur im Rahmen der Soforttherapie. Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.
 0508000000 Koricoidzubereitungen jeweils in Ampullenform, die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Verwendung finden, in wirtschaftlichen Packungsgrößen nur im Rahmen der Soforttherapie. Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.
 0509000000 Cerclagepeessare Typ A und Typ ASQ postoperativ, nicht verordnungsfähig zur Schwangerschaftsverhütung
 0510000000 Dobutamin im Rahmen einer Stressechokardiographie
 0511000000 Dünndarmsonden

Amtliche Bekanntmachungen

0512000000	Einmal-Biopsie-Nadeln (ggf. inkl. Coaxialhülsen bzw. Einführhülsen)		
0513000000	Einmal-Punktionsnadeln zur Follikelentnahme bei In-vitro-Fertilisation (IVF) im Rahmen des § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V		
0514000000	Einmal-Drainage-Sauggeräte für amb. Operationen, einschl. Zubehör z. B. Wechselflasche		
0515000000	Einmal-Infusionsbestecke		
0516000000	Injektomat-/Perfusorspritzen		
0517000000	Einmal-Infusionskatheter (nicht zur Blasen-spülung)		
0518000000	Einmal-Infusionsnadeln (z. B. Portnadeln, Gripper- und Huber-Nadeln)		
0519000000	Einmal-Klysmen (und andere Laxantien, wenn diese zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder Eingriffen in der Praxis benötigt werden)		
0520000000	Einmal-Punktionsbestecke für Pleura-, Leber- u. Ascitespunktionen incl. Auffangbeutel		
0521000000	Fluorescein als Augentropfen		
0522000000	Gleitmittel, auch solche mit Zusatz eines Anästhetikums und / oder Antibiotikums		
0523000000	Gummifingerlinge zu Untersuchungszwecken		
0524000000	Hautstanzen		
0525000000	Holzspatel		
0526000000	isotonische Elektrolytlösung		
0527000000	Magensonden		
0528000000	medizinische Gase zur Diffusionsmessung		
0529000000	Mittel zur Kryotherapie: Kohlendioxid, flüssiger Stickstoff, Lachgas, jedoch nicht zur Durchführung von kryochirurgischen Leistungen !		
0530000000	Mittel für Inhalationen (auch Sauerstoff bei Atemnot, Sauerstoffmangel etc.), Spülungen, Ätzungen und Instillationen		
0531000000	Mittel zur Tuberkuloseerkennung		
0532000000	Oraler Glukose-Toleranztest		
0533000000	Osteosynthesematerial (incl. Zieldrähte, Führungsdrähte und Bohrdrähte begrenzt auf arthroskopische Operationen)		
0534000000	Paukenröhrchen (grundsätzlich Kunststoff)		
0535000000	Patientenendschläuche		
0536000000	Sedativa und Spasmolytika zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder endoskopischen Leistungen in der vertragsärztlichen Praxis		
0537000000	Sklerosierungsmittel (für Varizen- u. Hämorrhoidenverödung)		
0538000000	Substanzen, die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (z. B. TRH-Test, Pancreolauryltest)		
0539000000	Urinauffangbeutel für Kinder		
0540000000	Einmalkatheter für den akuten Harnverhalt		
0541000000	Vitamin K als Tropfen (z. B. Konaktion) bei Neugeborenen		
0542000000	Watteträger		
		06	Gels, Kegel, Lösungen, Puder, Pulver, Salben, Sprays, Styli, Tinkturen, Zäpfchen
		0601000000	soweit sie je nach dem Fachgebiet bei mehreren Patienten in der Sprechstunde Anwendung finden, möglichst in größeren Handespäckungen
		07	Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall
		0701000000	Antibiotika
		0702000000	Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe
		0703000000	Mittel zur Blutstillung
		0704000000	Antibiotiva/wehenhemmende Mittel in parenteraler Form (z. B. Fenoterol)
		0705000000	„Mittel zur Geburtshilfe; wehenerregende Hormonpräparate, Secalepräparate“
		0706000000	Mittel zur psychiatrischen Notfallbehandlung
		0708000000	schmerzstillende, krampflösende und beruhigende Mittel (BTM im Rahmen der BTM-Verordnung auf besonderem Rezept)
		0709	Mittel zur Überwindung eines lebensbedrohlichen Zustandes, hier: Adrenalin in schnell verfügbarer Form, mit Ausnahme von Komplettbestecken, z. B. Anaphylaxiebestecke
		0709010000	Analeptika
		0709020000	Antiasthmatica
		0709030000	Antihistaminica (auch H2-Blocker nur vor ambulant operativen Eingriffen)
		0709040000	Calcium (parenteral)
		0709050000	Cardiaca
		0709060000	Glucose
		0709070000	Corticoide
		0709080000	Infusionslösungen einschl. Blutersatzmittel zur Stabilisierung und zur Auffüllung des Kreislaufs
		0709090000	Insulin
		0709100000	Mittel zur Behandlung der malignen Hyperthermie bei der Narkose (Dantrolen)
		0710	Sonstige
		0710010000	Tetanus-Adsorbatstoff (zur Erstinjektion *)
		0710020000	Diphtherie-Serum (zur Erstinjektion)
		0710030000	Tetanus-Immunglobulin *)
			*) Tetanus-Adsorbatimpfstoff und Tetanus-Immunglobulin sind nur dann dem SSB zu entnehmen, wenn hierfür bei einem Versicherten eine Krankenkasse zahlungspflichtig ist, also nicht vorrangig ein Dritter, z. B. Unfallversicherungsträger, dies zu leisten hat.
		08	Kontrastmittel
		0801000000	Bei bildgebenden Verfahren, die nach einmaliger Anwendung verbraucht sind, soweit sie nicht mit der Gebühr für die Untersuchung gemäß der jeweiligen Gebührenordnung abgegolten sind.