



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Ärztekammer
Nordrhein

Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein

in der Fassung vom 1.1.2002, zuletzt geändert am 23.12.2006

Artikel I

Die Gemeinsame Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein in der Fassung vom 1.1.2002, zuletzt geändert am 23.12.2006, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Niedergelassene“ das Wort „Ärzte“ eingefügt.

b) Absatz 1 Satz 2 wird Absatz 2 und wie folgt neu gefasst:

„(2) Angestellte Ärzte im Sinne von Absatz 1 sind nach Maßgabe ihres Beschäftigungsumfanges wie folgt zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet:

A. Tätigkeit weniger als 20 Stunden pro Woche - Einteilungsfaktor 0,5

B. Tätigkeit ab 20 Stunden und mehr als 20 Stunden pro Woche - Einteilungsfaktor 1,0

Über den Beschäftigungsumfang ist ein geeigneter Nachweis zu führen.“

c) Absatz 1 Satz 3 wird Absatz 4 und wie folgt neu gefasst:

„(4) Weiterbildungsassistenten sowie der mit Leistungsbeschränkungen hinzukommende und im Job-Sharing zugelassene Gemeinschaftspraxispartner oder angestellte Arzt sind nicht zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet.“

d) Absatz 1 Satz 4 wird zu Absatz 8.

e) Absatz 2 Satz 1 wird Absatz 5 Satz 1.

f) Die Sätze 2, 3, 6 und 7 des Absatzes 2 und Absatz 6 werden die Sätze 2 bis 6 des neuen Absatzes 5 und wie folgt neu gefasst:

„Leistet der eingeteilte Arzt den Notfalldienst nicht persönlich, muss er auf eigene Kosten einen geeigneten

Vertreter stellen. Der im Sinne von § 1 Abs. 1 zum Notfalldienst eingeteilte Arzt kann sich von einem anderen Arzt, der entweder Vertragsarzt, Arzt mit einem erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet oder der in das Vertreterverzeichnis gem. § 5 Abs. 3, bei einem fachbezogenen Verzeichnis gem. § 5 Abs. 4, aufgenommen worden ist, vertreten lassen. Er hat die Vertretung unverzüglich, spätestens eine Woche vor dem Termin, zu dem er eingeteilt ist, der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. – bei nur privatärztlich tätigen Ärzten – der Kreisstelle der Ärztekammer in Schriftform mitzuteilen. Ein Dienstaustausch und ein Vertretungswunsch bedürfen der Genehmigung des jeweiligen Kreisstellenvorstandes oder eines von ihm Beauftragten. Auf die Genehmigung besteht kein Anspruch.“

g) Absatz 2 Sätze 4 und 5 werden Absatz 5 Sätze 7 und 8.

h) Nach dem neuen Absatz 5 Satz 8 wird folgender Satz 9 angefügt:

„Bei Bestehen eines fachspezifischen Notfalldienstes muss der zum fachspezifischen Notfalldienst verpflichtete und eingeteilte Arzt einen Vertreter derselben oder gleich bewerteten Gebietsbezeichnung stellen.“

i) Absatz 2 Satz 8 wird Absatz 5 Satz 10.

j) Absatz 3 wird Absatz 6.

k) Nach dem neuen Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„(3) Übt ein Arzt seine ärztliche Tätigkeit an weiteren Orten aus (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, § 17 Abs. 4 BO), ist er grundsätzlich zur Teilnahme am Notfalldienst an seinen weiteren Tätigkeitsorten verpflichtet. Der Einteilungsfaktor am Haupt-Tätigkeitsort beträgt 1,0 (in den Fällen von Abs. 2 Gruppe A 0,5), an den weiteren Orten in der Regel 0,5. Über die Einteilung und den Einteilungsfaktor entscheidet die jeweils zuständige Kreisstelle.“

l) Absatz 4 wird Absatz 9 und die Wörter „Absatz 1 bis 3“ durch die Wörter „den Absätzen 1 bis 3, 5, 6 und 8“ ersetzt.

m) Absatz 5 wird Absatz 7.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:

„1. bei nachgewiesener (schwerer) Krankheit und/oder (schwerer) körperlicher Behinderung,“

b) Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird Absatz 2 und wie folgt neu gefasst:

„(2) Eine Befreiung i. S. v. Abs. 1 ist auch möglich bei Teilnahme an einem verpflichtenden klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung und mit Anwesenheitspflicht in vergleichbarem Umfang.“

- c) Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 wird Nummer 3.
- d) Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird Nummer 4 und nach dem Wort „ Kindes“ die Wörter „während des Notfalldienstes“ eingefügt.
- e) Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 wird gestrichen.
- f) Absatz 1 Satz 3 wird Satz 5.
- g) Nach Absatz 1 Satz 2 werden die folgenden neuen Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Die Einschränkung der Arbeitskraft muss sich in einem nennenswerten Umfang auf die ärztliche Tätigkeit (Fallzahlen) nachteilig auswirken. Dieses muss durch den Antrag stellenden Arzt in geeigneter Form nachgewiesen werden.“

- h) Der derzeitige Absatz 1 Satz 3 wird Satz 5.
- i) Der derzeitige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt neu gefasst:

„(3) Bei Nachweis besonderer Gründe kann die Befreiung gem. Abs. 1 für bestimmte Zeiten ausgesprochen werden.“

- j) Der derzeitige Absatz 3 wird Absatz 4 und das Wort „Freistellung“ in Satz 1 durch das Wort „Befreiung“ ersetzt.
- k) Der derzeitige Absatz 4 wird Absatz 5 und diesem werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt:

„Eine mangelnde Fortbildung für die Wahrnehmung des Notfalldienstes rechtfertigt keine Befreiung. Die Notfalldienstverpflichtung ist in diesen Fällen durch eine auf eigene Kosten zu erfolgende Beauftragung eines Vertreters zu erfüllen.“

- 3. § 3 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„(3) Der gemeinsame Notfalldienstausschuss prüft das Vorliegen der Voraussetzung für die Aufnahme, das Ruhen und den Ausschluss aus dem Vertreterverzeichnis sowie das Ruhen und den Ausschluss von der Teilnahme am Notfalldienst.“

- 4. In § 4 Absatz 1 wird folgender neuer Satz 2 angefügt:

„Der Ausschluss kann dauerhaft oder befristet mit der Auflage zur Fortbildung ausgesprochen werden.“

- 5. Nach § 4 wird ein neuer § 4 a hinzugefügt:

„§ 4 a

Ruhen der Teilnahme am Notfalldienst

(1) Das Ruhen der Teilnahme am Notfalldienst kann durch den Vorstand der Hauptstelle der jeweils zuständigen Körperschaft angeordnet werden, wenn

1. gegen den Arzt wegen Verdachts einer Straftat, aus der sich seine fachliche und / oder persönliche Nichtgeeignetheit zur Teilnahme am Notfalldienst ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist,

2. Zweifel bestehen, ob die Voraussetzungen zur Teilnahme am Notfalldienst noch erfüllt sind und der Arzt sich weigert, sich einer von der zuständigen Körperschaft angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen oder

3. sich ergibt, dass der Arzt nicht über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt, die für die Ausübung der Berufstätigkeit in Deutschland erforderlich sind.

(2) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

(3) Der Arzt, dessen Berechtigung zur Teilnahme am Notfalldienst ruht, darf auch nicht als Vertreter am Notfalldienst teilnehmen.“

- 6. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Abs. 2“ jeweils durch die Wörter „Abs. 5“ ersetzt.

b) Absatz 1 Satz 3 wird Satz 4.

c) Nach Absatz 1 Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Das Vertreterverzeichnis soll durch die zuständige Kreisstelle spätestens alle zwei Jahre aktualisiert werden.“

d) In Absatz 2 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „oder dessen Teilnahme nicht nach § 4 a ruht“ eingefügt.

e) In Absatz 3 wird folgender neuer Buchstabe a) eingefügt:

„a) Besitz der Approbation gemäß § 3 Bundesärzterordnung“

f) Absatz 3 Buchstabe a) wird zu Buchstabe b), Absatz 3 Buchstabe b) wird Buchstabe c), Absatz 3 Buchstabe c) wird Buchstabe d) und Absatz 3 Buchstabe d) wird Buchstabe e).

- g) Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:
- „(5) §§ 4 und 4a gelten für das Ruhen und für den Ausschluss aus dem Vertreterverzeichnis entsprechend.“
- h) Nach Absatz 5 wird folgender neuer Absatz 6 hinzugefügt:
- „(6) Die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis nach Abs. 3 und Abs. 4 erfolgt widerruflich und befristet auf 2 Jahre. Nach Ablauf der Befristung kann ein erneuter Antrag bei den Kreisstellen der jeweiligen Körperschaft gestellt werden.“
7. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender neuer Satz 6 eingefügt:
- „Widerspricht der Vorstand der zuständigen Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein oder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein den übermittelten Dienstplänen nicht innerhalb von 4 Wochen, so gilt die Zustimmung als erteilt.“
- b) Absatz 1 Satz 6 wird zu Satz 7 und Absatz 1 Satz 7 zu Satz 8.
- c) In Absatz 2 Buchstabe a) werden nach den Wörtern „bei Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein“ die Wörter „und bei angestellten Ärzten i.S.v. § 4 a der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein“ eingefügt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:
- „(4) Gegen die Kreisstellenentscheidung, die dem betroffenen Arzt bekannt zu geben ist, steht
- a) Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und angestellten Ärzten i. S. v. § 4 a der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung der Widerspruch zu, über den, sofern ihm die zuständige Kreisstelle nicht abhilft, die Widerspruchsstelle bei der Hauptstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein entscheidet.
- b) allen übrigen Ärzten der Klageweg vor dem zuständigen Verwaltungsgericht offen.“
8. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
- „(1) Die Notfalldienstzeiten werden wie folgt festgelegt:
Montag, Dienstag und Donnerstag
von 19.00 Uhr bis 07.00 Uhr
Mittwoch und Freitag von 13.00 Uhr bis 07.00 Uhr
- Samstag, Sonntag, gesetzlichen Feiertagen,
24.12., 31.12. und am Rosenmontag
von 07.00 Uhr bis 07.00 Uhr“
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Notfalldienstzeiten“ die Wörter „von Notfallpraxen“ eingefügt.
9. § 8 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird nach dem Wort „erfolgt“ das Wort „grundsätzlich“ eingefügt.
- b) Absatz 2 Sätze 1 bis 4 werden durch die neuen Absätze 2 bis 5 wie folgt ersetzt:
- „(2) Bei Bestehen einer allgemeinen, kinderärztlichen und / oder fachspezifischen Notfallpraxis ist der Sitzdienst in der Notfallpraxis wahrzunehmen; der Dienst habende Arzt hat ständig anwesend zu sein. Außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis muss der Dienst habende Arzt im Sitzdienst innerhalb des Notfalldienstbezirkes anwesend und ständig erreichbar sein. Ein Aufenthalt außerhalb des Notfalldienstbezirkes ist grundsätzlich unzulässig.
- (3) Wenn keine entsprechende Notfallpraxis besteht, hat der zum allgemeinen, kinderärztlichen bzw. fachspezifische Notfalldienst eingeteilte Arzt seinen Notfalldienst grundsätzlich in seiner eigenen Praxis durchzuführen.
- (4) Die Kreisstellen haben die Möglichkeit, den Arzt zu einem Dienst gem. § 2 Abs. 4 a-d einzuteilen.
- (5) Näheres regelt der jeweilige Organisationsplan der zuständigen Kreisstelle.“
- c) Absatz 2 Satz 5 wird Absatz 6 und wie folgt neu gefasst:
- „(6) Während besuchsbedingter Abwesenheiten ist die ständige, unverzügliche und unmittelbare telefonische Erreichbarkeit durch eine Person sicherzustellen, die die Kontaktaufnahme mit dem Arzt koordiniert.“
- d) Der derzeitige Absatz 3 wird Absatz 7.
- e) Der derzeitige Absatz 4 wird gestrichen.
10. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:
- „Sie beschließen auf Vorschlag der Kreisstellen über die Einrichtung von allgemeinen, kinderärztlichen und/oder fachspezifischen Notfallpraxen sowie die Ausgestaltung der Sitz- und Fahrdienste in und an den Notfallpraxen.“
- b) In Absatz 2 wird ein neuer Satz 2 angefügt:

„Soweit kein Transportmittel gestellt wird, hat der Arzt den Fahrdienst mit einem geeigneten Transportmittel durchzuführen, für dessen Beschaffung auf eigene Kosten er selbst verantwortlich ist.“

- c) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 und 9 hinzugefügt:

„(8) Notwendige Hausbesuche, die während der Notfalldienstzeit angefordert werden, müssen auch nach Beendigung des Notfalldienstes vom Dienst habenden Arzt ausgeführt werden, es sei denn, die Hausbesuche werden in Absprache mit dem Diensthelfer von diesem übernommen.“

„(9) Bei unmittelbar aufeinander folgendem Wechsel der Dienst habenden Ärzte (z. B. Sonnabend auf Sonntag) bleibt der Dienst habende Arzt in der Verpflichtung, bis ein Diensthelfer den Dienst aufnimmt.“

11. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.
- b) Absatz 1 Satz 3 wird zu Absatz 2.
- c) Der alte Absatz 2 wird gestrichen.

12. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) Die derzeitige Regelung wird zu Absatz 1.
- b) In dem neuen Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „freigestellte“ durch „befreite“ ersetzt.
- c) Nach dem neuen Absatz 1 wird folgender Absatz 2 hinzugefügt:

„(2) Bei Ausfall des Dienst habenden Arztes in einem Notfalldienstbezirk sind die Dienst habenden Ärzte der angrenzenden Bezirke verpflichtet, die Hilfe suchenden Patienten des verwaisten Bezirkes mit zu versorgen, bis ein Ersatz für den ausgefallenen Arzt geschaffen wurde.“

13. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Sätze 1 und 2 werden zu einem Absatz 1.
- b) Nach dem neuen Absatz 1 wird folgender neuer Absatz 2 hinzugefügt:

„(2) Alle Ärzte, die gem. § 1 Abs. 1 zum Notfalldienst herangezogen werden können, sind verpflichtet, die Kosten des Notfalldienstes anteilig zu tragen.“

- c) Der derzeitige Satz 3 wird zu Absatz 3 Satz 1, dem folgende Sätze 2 bis 4 angefügt werden:

„Diese Ärzte sind verpflichtet, einen gesonderten Beitrag für die Nutzung einer Notfallpraxis und/oder Bereitstellung eines Transportmittels im Rahmen des Fahrdienstes zu zahlen. Die nach § 2 vom Notfalldienst befreiten Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, 50 % des gesonderten Beitrages zu zahlen. Näheres und Abweichungen regelt der jeweilige Organisationsplan der Kreisstellen.“

14. Nach § 13 wird folgende Anmerkung hinzugefügt:

„Anmerkung

Im Interesse der Lesbarkeit und damit der Verständlichkeit wird nur eine Sprachform verwendet. Darüber soll das gesetzliche Ziel der Gleichberechtigung von Frauen und Männern in der Rechtssprache jedoch nicht vernachlässigt werden. Folglich wird in dieser Gemeinsamen Notfalldienstordnung durchgängig nur die männliche Sprachform genutzt. Somit erfasst die eine Sprachform die jeweils andere mit.“

Artikel II

Die vorstehende Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein tritt am Tag nach der Veröffentlichung im *Rheinischen Ärzteblatt* in Kraft.

Ausgefertigt:
Düsseldorf, den 7.12.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. Frank Bergmann
-Vorsitzender der Vertreterversammlung-

Dr. med. Peter Potthoff
-Vorsitzender des Vorstandes-

Ausgefertigt:
Düsseldorf, den 7.12.2011

Ärztekammer Nordrhein
Rudolf Henke
-Präsident-



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein schreibt auf Antrag der betreffenden Ärzte, bzw. deren Erben, die folgenden Vertragsarztsitze zur Übernahme durch Nachfolger aus:

Bewerbungen richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Fristen (Posteingangsstempel der KV Nordrhein) an:

Bewerbungen für den Bereich Düsseldorf:

KV Nordrhein, Bezirksstelle Düsseldorf, Niederlassungsberatung, Frau Pawelski/Herr Bäcker/Frau Wellner, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 02 11/59 70-85 16/ -85 17/ -85 18 Fax: 02 11/59 70-85 55.

Bewerbungen für den Bereich Köln:

KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Frau Ratgeber/Herrn Strehlow, Sedanstraße 10 – 16, 50668 Köln, Tel.: 02 21/77 63-65 33/ -65 15, Fax: 02 21/77 63-65 00

Wir weisen darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Außerdem sind Bewerbungen von Internisten, die hausärztlich tätig werden möchten, auf ausgeschriebene Sitze von Allgemeinmedizinern beziehungsweise Bewerbungen von Allgemeinmedizinern auf ausgeschriebene Sitze von Internisten -hausärztliche Versorgung- möglich.

Im Bereich Düsseldorf

Bewerbungsfrist: Bis 05.01.2012

Stadt Duisburg
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: B 002/12

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: P 004/12

Kreis Neuss
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: P 005/12

Kreis Mettmann
Facharzt/-ärztin für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Chiffre: P 007/12

Kreis Wesel
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie - Schwerpunkt
Rheumatologie (Einstieg in
eine Berufsausübungsgemeinschaft)
Chiffre: B 008/12

Stadt Oberhausen
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut/-in
Chiffre : W 010/12

Stadt Krefeld
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut/-in
(häftiger Versorgungs-
auftrag)
Chiffre : W 011/12

Stadt Duisburg
Facharzt/-ärztin für
Chirurgie - Schwerpunkt
Unfallchirurgie (häftiger
Versorgungsauftrag; Einstieg
in eine Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: B 013/12

Stadt Essen
Psych. Psychotherapeut/-in
(häftiger Versorgungs-
auftrag)
Chiffre: W 016/12

Stadt Mönchengladbach
Facharzt/-ärztin für Chirurgie
Chiffre: W 017/12

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin - Schwerpunkt
Kardiologie (Einstieg in
eine Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: W 019/12

Stadt Remscheid
Psychol. Psychotherapeut/-in
(häftiger Versorgungs-
auftrag)
Chiffre: W 023/12

Stadt Essen
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut/-in
(häftiger Versorgungs-
auftrag)
Chiffre: B 020/12

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin (Einstieg
in eine Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: P 026/12

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Chirurgie -Schwerpunkt
Unfallchirurgie- (Einstieg in
eine Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: B 027/12

Bewerbungsfrist: Bis 12.01.2012

Kreis Neuss
Facharzt/-ärztin für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
(Einstieg in eine Berufs-
ausübungsgemeinschaft)
Chiffre: P 001/12

Kreis Wesel
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: P 003/12

Stadt Mönchengladbach
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin (Einstieg
in eine Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: W 006/12

Stadt Düsseldorf
Facharzt/-ärztin für
Anästhesiologie (Einstieg in
eine überörtliche Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: P 009/12

Kreis Mettmann
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: P 012/12

Kreis Mettmann
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
Chiffre: P 014/12

Stadt Wuppertal
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie
Chiffre: W 015/12

Stadt Mülheim
Facharzt/-ärztin für
Chirurgie - Schwerpunkt
Unfallchirurgie
Chiffre: B 018/12

Stadt Solingen
Facharzt/-ärztin für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Chiffre: W 021/12

Stadt Wuppertal
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin - Schwer-
punkt Gastroenterologie
(Einstieg in eine Berufs-
ausübungsgemeinschaft)
Chiffre: W 022/12

Stadt Mönchengladbach
Facharzt/-ärztin für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
(Einstieg in eine Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: W 024/12

Kreis Kleve
Facharzt/-ärztin für
Kinder- und Jugendmedizin
Chiffre: B 025/12

Im Bereich Köln

Bewerbungsfrist:
Bis 05.01.2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Psychotherapeutische
Medizin (Einzelpraxis)
Chiffre: 002/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie und Unfall-
chirurgie (Ausschreibung
eines auf die Hälfte be-
schränkten Versorgungsauf-
trages; Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 003/2012

Stadt Bonn
Psychol. Psychotherapeut/-in
Einzelpraxis
Chiffre: 004/2012

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf
die Hälfte beschränkten
Versorgungsauftrages;
Einzelpraxis)
Chiffre: 005/2012

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Einzelpraxis)
Chiffre: 006/2012

Rhein-Erft-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
(Einzelpraxis)
Chiffre: 009/2012

Kreis Heinsberg
Facharzt/-ärztin für
Haut- und Geschlechts-
krankheiten (Ausschreibung
eines auf die Hälfte
beschränkten Versorgungsauf-
trages; Einzelpraxis)
Chiffre: 010/2012

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 013/2012

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 014/2012

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 015/2012

Rhein-Sieg-Kreis
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 017/2012

Rheinisch-Bergischer Kreis
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 018/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Psychiatrie und Psycho-
therapie -Ärztliche
Psychotherapie- (Ausschrei-
bung eines auf die Hälfte
beschränkten Versorgungsauf-
trages; Einzelpraxis)
Chiffre: 019/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Radiologie (überörtliche Be-
rufsausübungsgemeinschaft)
Chiffre: 020/2012

Rhein-Sieg-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -hausärzt-
liche Versorgung-
(Einzelpraxis)
Chiffre: 022/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -hausärzt-
liche Versorgung-
(Einzelpraxis)
Chiffre: 023/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 024/2012

Stadt Bonn
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 025/2012

Rhein-Sieg-Kreis
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 026/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -Pneumologie-
(Einzelpraxis)
Chiffre: 027/2012

Stadt Köln
Arzt/Ärztin (Einzelpraxis)
Chiffre: 028/2012

Rhein-Erft-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe (Einzelpraxis)
Chiffre: 029/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 030/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Chirurgie -Unfallchirurgie-
(Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 032/2012

Rhein-Erft-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Augenheilkunde (überört-
liche Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 033/2012

Rhein-Erft-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 034/2012

Rhein-Sieg-Kreis
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Ausschreibung eines auf
die Hälfte beschränkten
Versorgungsauftrages;
Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 035/2012

Bewerbungsfrist: Bis 12.01.2012

Kreis Düren
Facharzt/-ärztin für
Psychiatrie (Einzelpraxis)
Chiffre: 001/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Psychotherapeutische
Medizin (Ausschreibung
eines auf die Hälfte
beschränkten Versorgungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 007/2012

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 008/2012

Kreis Heinsberg
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 011/2012

Kreis Euskirchen
Facharzt/-ärztin für
Psychotherapeutische
Medizin (Einzelpraxis)
Chiffre: 012/2012

Rheinisch-Bergischer Kreis
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin -Psycho-
therapie- ausschließlich
psychotherapeutisch tätig
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versorgungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 016/2012

Stadt Leverkusen
Facharzt/-ärztin für
Psychiatrie -Psychotherapie-
ausschließlich psychothera-
peutisch tätig (Einzelpraxis)
Chiffre: 021/2012

Kreis Heinsberg
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -hausärzt-
liche Versorgung- (Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 031/2012

Es wird darauf hingewiesen, dass vorrangig vor Neuanträgen die Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen der bisher im „Jobsharing“ zugelassenen oder angestellten Vertragsärzte, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung und maximal bis zur Anzahl der durch den Landesausschuss wieder freigegebenen Vertragsarztsitze, enden.

Bewerbungen richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Fristen an:

Bewerbungen für den Bereich Düsseldorf:

KV Nordrhein, Zulassungsausschuss für Ärzte Düsseldorf, z. H. Frau Matuschek / Frau Schwartz / für die Arztgruppe der Psychotherapeuten z. H. Herrn Volkmer, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel.: 02 11/59 70-85 11/ -85 31 bzw. -85 23 (Psychotherapie), Fax: 02 11/59 70-85 55

Bewerbungen für den Bereich Köln:

KV Nordrhein, Zulassungsausschuss für Ärzte Köln, z. H. Frau Ratgeber / Herrn Strehlow, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln, Tel.: 02 21/77 63-65 33/ -65 15, Fax: 02 21/77 63-65 00

Im Bereich Düsseldorf

Bewerbungsfrist: sechs Wochen nach Erscheinungsdatum des Rheinischen Ärzteblattes (Posteingangsstempel)

Düsseldorf, Stadt
2 Kinderärzte

Düsseldorf, Stadt
3 Hausärzte

Kleve, Kreis
1 Psychotherapeut

Oberhausen, Stadt
1 ärztl. Psychotherapeut

Remscheid, Stadt
1 Hausarzt

Viersen, Kreis
1 Frauenarzt

Viersen, Kreis
1 Hausarzt

Im Bereich Köln

Bewerbungsfrist: sechs Wochen nach Erscheinungsdatum des Rheinischen Ärzteblattes (Posteingangsstempel)

Bonn, Stadt
1 Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche

Veröffentlichung von durch den Landesausschuss freigegebenen Vertragsarztsitzen in Bereichen, die bisher für eine Zulassung gesperrt waren (Aufhebungsbeschluss)

Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht gemäß § 23 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Entscheidungskriterien der Zulassungsausschüsse bei der Auswahl der geeigneten Bewerber sowie die Fristen für eine Bewerbung auf die frei gewordenen Vertragsarztsitze:

Unter mehreren Bewerbern für eine (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

Amtliche Bekanntmachungen

Bonn, Stadt
3 Hausärzte

Heinsberg, Kreis
1 Hausarzt

Köln, Stadt
1 Augenarzt

Köln, Stadt
1 Frauenarzt

Köln, Stadt
1 Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche

Köln, Stadt
3 Hausärzte

Leverkusen, Stadt
2 Hausärzte

Oberbergischer Kreis
2 Hausärzte

Rhein.-Bergischer Kreis
1 Hausarzt

Rhein-Erft-Kreis
1 Hausarzt

Rhein-Sieg-Kreis
2 Hausärzte

Bedarfsplanung

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Sperrung bzw. Wiedereröffnung weiterer Planungsbereiche für die Niederlassung als Vertragsarzt verfügt. Bereiche, die neu gesperrt wurden, sind eingerahmt fett gedruckt. Bereiche, die wieder eröffnet wurden, sind eingerahmt dargestellt unter Angabe der maximalen Anzahl wieder zu besetzender Vertragsarztsitze in Klammern. Die Frist zur Einreichung eines Zulassungsantrags auf frei gewordene Vertragsarztsitze beträgt in

der Regel vier bis sechs Wochen und ist im Einzelfall der Veröffentlichung des Aufhebungsbeschlusses des Landesausschusses im *Rheinischen Ärzteblatt* zu entnehmen. Auf die weiteren Ausführungen im Rahmen der Veröffentlichung des Aufhebungsbeschlusses wird verwiesen. Bei Interesse kann beim zuständigen Zulassungsausschuss erfragt werden, ob die zum genannten Beschlussdatum als frei ausgewiesenen Vertragsarztsitze noch frei sind.

Veränderungen in den Planungsbereichen, Beschluss des Landesausschusses aus November 2011

Fachgruppe	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Fä. Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte
Planungsbereich							
Aachen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Aachen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Bonn, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Duisburg, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Düren, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Düsseldorf, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Essen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Euskirchen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Heinsberg, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Kleve, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Köln, Stadt	gesperrt	offen (1)	gesperrt	gesperrt	offen (1)	gesperrt	gesperrt
Krefeld, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Leverkusen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)	gesperrt	gesperrt
Mettmann, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mönchengladbach, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mülheim, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Oberberg. Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Oberhausen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Remscheid, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein.-Berg. Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Erft-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Kreis Neuss	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt

Fortsetzung siehe nächste Seite

Amtliche Bekanntmachungen

Fachgruppe	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Fä. Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte
Planungsbereich							
Rhein-Sieg-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Solingen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Viersen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)	gesperrt	gesperrt
Wesel, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Wuppertal, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt

Fachgruppe	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherap.	Radiologen	Urologen	Hausärzte
Planungsbereich							
Aachen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Aachen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Bonn, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (3)
Duisburg, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Düren, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Düsseldorf, Stadt	offen (2)	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (3)
Essen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Euskirchen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Heinsberg, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)
Kleve, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)	gesperrt	gesperrt	offen
Köln, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (3)
Krefeld, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Leverkusen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (2)
Mettmann, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mönchengladbach, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mülheim, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Oberberg, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (2)
Oberhausen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Remscheid, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)
Rhein.-Berg. Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)
Rhein-Erft-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)
Rhein-Kreis Neuss	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Sieg-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (2)
Solingen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen
Viersen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen (1)
Wesel, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Wuppertal, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	offen

Freie Sitze im Rahmen der Quote für ärztliche Psychotherapeuten

Für die bei Redaktionsschluss noch freien Sitze für ärztliche Psychotherapeuten gelten keine Bewerbungsfristen. Die Vergabe dieser Sitze erfolgt nach der Reihenfolge des Antragseingangs.

PLANUNGSBEREICH:	25%-Quote Anzahl
Mönchengladbach, Stadt	9
Oberhausen, Stadt	1
Remscheid, Stadt	5
Solingen, Stadt	6
Wuppertal, Stadt	6

Freie Sitze im Rahmen der Quote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

Die bei Redaktionsschluss noch freien Sitze für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, können zwischenzeitlich ganz oder teilweise bereits besetzt sein.

PLANUNGSBEREICH:	20%-Quote Anzahl
Bonn, Stadt	1
Essen, Stadt	1
Köln, Stadt	1
Mönchengladbach, Stadt	1
Wuppertal, Stadt	1

Dritter Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

der **IKK classic**, Dresden

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 2012 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, in der jeweils gültigen Fassung, 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. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

Teil B

- I.** Die Textpassage vor § 1 HVV wird wie folgt ergänzt:
„Der Beschluss bzw. Teile des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 in dessen letztgültiger Fassung – veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt – wird bzw. werden insoweit Bestandteil dieses HVV als in den nachfolgenden Regelungen auf den Beschluss oder auf Teile des Beschlusses verwiesen wird.“
- II.** In § 1 Abs. 6c) (2) Satz 1 HVV wird folgende Textpassage ersatzlos gestrichen:
„,nach § 116 SGB V i. V. m. §§ 31a, 31 Abs. 1b, 31 Abs. 2 Ärzte-ZV“.
- III.** In der Überschrift von § 3 Abs. 2 HVV wird nach der Begrifflichkeit „morbiditybedingte Gesamtvergütung“ deren Abkürzung „(MGV)“ eingefügt, mit der Konsequenz, dass diese nachfolgend immer ersetzt wird durch „MGV“.
- IV.** In § 3 Abs. 3 HVV wird in Satz 2 der Nebensatz „, soweit sie nicht einer Steuerung durch Ausgabenbegrenzung unterzogen sind.“ sowie Satz 3 ersatzlos gestrichen.
- V.** In § 5 Abs. 1) dritter Unterabsatz und Abs. 3b) Satz 2 HVV wird der Begriff „Teilberufsausübungsgemeinschaft“ jeweils ersetzt durch „Teil-BAG“.
- VI.** In § 5 Abs. 3a) HVV erhält
 1. Satz 3 folgende Fassung: „Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG – Teil-BAG aufgenommen – und Praxen mit angestellten Ärzten gilt Folgendes:“,
 2. Satz 14 folgende Fassung: „Bei Änderung der Praxis-konstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.“
- VII.** In § 7 HVV wird
 1. in Abs. 2c) Satz 1 der Buchstabe „w)“ durch den Buchstaben „x)“ ersetzt,
 2. ein neuer Abs. 3 angefügt:
3) Gegenüberstellung
Bei der Ermittlung der RLV-/QZV-Fallwerte unter Beachtung der Regelung des § 87b Abs. 5 SGB V werden die vor Anwendung des Trennungsfaktors in Abzug gebrachten Vergütungsvolumina sowie die gemäß Beschlusstil G gebildeten Rückstel-

lungen und die weiteren Vergütungsvolumina nach den Bestimmungen dieses HVV nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vereinbart und quartalsweise in voraussichtlich ausreichender Höhe aus der MGV gebildet. Nach den Ergebnissen der quartalsweisen Abrechnungen unter Beachtung insbesondere der Vergütungsregelungen erfolgt eine je Versorgungsbereich differenzierte Gegenüberstellung der im Einzelnen prognostizierten mit den tatsächlichen Ausgaben. Bei Abweichungen verständigen sich die Vertragspartner innerhalb der MGV auf den Ausgleich zwischen den einzelnen Vergütungsvolumina für Folgezeiträume bzw. die versorgungsbereichsspezifische Verwendung der Differenzbeträge.

VIII. In § 8 Abs. 1 Satz 3 HVV wird „2010“ durch „2011“ ersetzt.

IX. In § 14 Abs. 1 Satz 1 HVV wird die Textpassage „der Umsetzung des Beschlusses bzw.“ ersatzlos gestrichen und das Wort „Honorarverteilungsvertrag“ durch „HVV“ ersetzt.

X. § 15 erhält folgende neue Fassung:
„Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.01.2012 in Kraft und läuft bis zum 31.03.2012 mit der Maßgabe, dass dieser HVV als ein im Benehmen hergestellter Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gilt, wenn es nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 einer Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern nicht mehr bedarf.“

XI. In der Anlage B1 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:

1. Die Anlage B1 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.01.2012“.
2. In der Überschrift zur Anlage wird die Formulierung „und deren Vergütung“ gestrichen und die Nummerierung durch Absätze entfällt ebenso wie die Überschrift „Leistungen“ zum bisherigen Absatz 1).
3. Im Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird „BKK Mobil Oil“ ersatzlos gestrichen.
4. Der Klammerzusatz der in Abs. 1) genannten Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen wird ergänzt um „Knappschaft“.
5. Im Klammerzusatz der in Abs. 1) genannten Verträge zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern wird „AOK“ ersatzlos gestrichen.
6. Sodann wird Abs. 1) ergänzt um den „Rahmenvertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration und anderer Krankheitsbilder (AOK)“.

7. Der Klammerzusatz der in Abs. 1) genannten Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses wird ergänzt um „LKK“.
8. Der Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie wird ergänzt um „Knappschaft, AOK“.
9. Der Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin wird ergänzt um „Bergische KK“.
10. Abs. 1) wird ergänzt um den „Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (AOK)“.
11. Abs. 2) bis Abs. 4) werden ersatzlos gestrichen.

XII. In der Anlage B3 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:

1. Die Anlage B3 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.01.2012“.
2. Sämtliche Jahresangaben für Bezugszeiträume werden von „2010“ in „2011“ geändert.
3. In Schritt 2 Abs. 2 wird die Bezeichnung der Gliederungspunkte „x)“ und „y)“ ersetzt durch „y)“ bzw. „z)“. Sodann wird unmittelbar vor dem Gliederungspunkt „y)“ der Gliederungspunkt „x)“ in nachfolgender Fassung eingefügt:
x) das Vergütungsvolumen für die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 31.08.2011), welches sich daraus ergibt, dass
 - der Leistungsbedarf der Fachärzte für Augenhilfkunde, der sich aus der Absenkung der Bewertungen einzelner GOP ergibt, mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert wird (Schritt 3 Abs. 1, Satz 3) und
 - unter Abzug des vorstehend ermittelten Betrages die Abrechnungsmöglichkeit der GOP 06225 EBM auf Basis der Abrechnung des jeweiligen Vorjahresquartals errechnet und der hieraus resultierende Leistungsbedarf ebenfalls mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs multipliziert wird, mit der Maßgabe, dass dieses Vergütungsvolumen als eigenständiges Kontingent geführt wird,
4. Schritt 3 Abs. 1) erhält folgende neue Fassung:
1) „Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen“
Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 5 versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage B2 verteilt, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Dieser arztgruppenspezifische Leistungsbedarf ist nach den Beschlüssen des Bewertungsausschusses

zur Änderung des EBM vom 31.08.2011 wie folgt anzupassen.

Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Augenheilkunde ist um die Änderung der Bewertungen einzelner GOP anzupassen und wird, multipliziert mit dem durchschnittlichen Punktwert für die Leistungen der RLV und QZV des jeweiligen Vorjahresquartals, dem in Schritt 2 Abs. 2x) gebildeten Kontingent zur Vergütung der GOP 06225 EBM zugeführt.

Der Leistungsbedarf der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie für Phoniatrie und Pädaudiologie erhöht sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durch die ermittelten Anpassungsfaktoren für die neu in den EBM aufgenommenen Leistungen mit der Maßgabe, dass eine arztgruppenspezifische Anpassung ggf. auch für Folgezeiträume erfolgt, wenn die Abrechnungsergebnisse zeigen, dass die Leistungsentwicklung von den ermittelten Anpassungsfaktoren abweicht.

Im Zusammenhang mit den onkologischen Zusatzpauschalen im EBM erfolgt eine Aufwertung der Grundpauschalen des EBM und damit zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches eine Erhöhung des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals für die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und für Urologie.“

- Schritt 3 Abs. 2b) Satz 1 wird ergänzt um den Nebensatz „, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.“
- Schritt 3 Abs. 2b) letzter Unterabsatz erhält folgende neue Fassung:
„Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt.

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt, wobei das sich nach dieser Berechnungsweise zu Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 je Arztgruppe für die leistungsfallbezogenen QZV ergebende Differenzvolumen dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe zugeführt wird.“

- Schritt 4 Satz 4 wird ersatzlos gestrichen.

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 unwirk-

samen 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 11.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Landesbereichsleiter Vertragspolitik
Nordrhein

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

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen
– BARMER GEK, Berlin
– Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
– Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse), Hamburg
– KKH – Allianz Ersatzkasse, Hannover

- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V

Verband der Ersatzkassen e. V., (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2012

§ 1

Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.

§ 2

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2012 abschließend auf den Betrag von

EUR
3.306.547.579,12

festgelegt.

§ 3

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung obliegt der von den Vertragspartnern gebildeten und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 sowie zur Erreichung der nach § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor.
- (2) Zu den nach Absatz 1 genannten Maßnahmen zählen insbesondere die Information der Vertragsärzte über den Ausschöpfungsgrad des nach § 2 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie die Information der Vertragsärzte über den Zielerreichungsgrad bzw. die Zielabweichung entsprechend der in § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.

§ 4

Zielvereinbarung

- (1) Um eine nach gemeinsamer Beurteilung qualifizierte und wirtschaftliche Arznei- und Verbandmittelversorgung im Kalenderjahr 2012 zu erreichen, verweisen die Vereinbarungspartner u. a. auf die Rahmenempfehlungen nach § 84 Abs.7 SGB V (Arzneimittel) des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 2012 sowie auf die Marktübersicht „Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel zu Analogpräparaten“.
- (2) Die Vereinbarungspartner legen die nachfolgenden arztbezogenen individuellen Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele fest:

Generika

Erreichung oder Überschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Versorgungsanteils (Zielwert) der Generikaverordnungen am generikafähigen Markt für das Kalenderjahr 2012 gemäß nachfolgender Tabelle. Gleichzeitig sollen nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt und dabei von Krankenkassen geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden.

Arztgruppe (Fachruppenschlüssel)	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes, Brutto-Generika- umsatz am generikafähigen Markt	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes, Verordnungen* Generika am generikafähigen Markt
Allgemeinmediziner	85,1%	90,3%
Anästhesisten	76,8%	82,3%
Augenärzte	80,4%	90,2%
Chirurgen	70,5%	90,6%
Gynäkologen	80,8%	86,5%
HNO-Ärzte	89,4%	91,5%
hausärztliche Internisten	85,1%	90,3%
Hautärzte	80,4%	80,4%
fachärztl. Internisten	65,0%	84,0%
Kinderärzte	82,7%	83,0%
Nervenärzte/Neurologen	73,1%	85,3%
Orthopäden	85,4%	90,6%
Psychotherapeuten/ Psychiater	71,0%	86,0%
Urologen	80,7%	88,1%

* Packungen

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

Me-too-Präparate

Einhaltung oder Unterschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Ordnungsanteils (Zielwert) des Bruttoumsatzes der Me-too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten, am Gesamtmarkt für das Kalenderjahr gemäß nachfolgender Tabelle:

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes Bruttoumsatz Me-too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten am Gesamtmarkt
Allgemeinmediziner	4,5%
Augenärzte	1,5%
Gynäkologen	1,8%
HNO-Ärzte	4,0%
hausärztliche Internisten	4,5%
Hautärzte	1,8%
fachärztl. Internisten	4,5%
Kinderärzte	1,0%
Nervenärzte/Neurologen	9,0%
Urologen	2,0%

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

Blutzuckerteststreifen/Blutzuckertestgeräte

Bei der Verordnung von Blutzuckerteststreifen/Blutzuckertestgeräten erwarten die Vereinbarungspartner im Hinblick auf die wirtschaftliche Versorgung der Versicherten entsprechend § 12 SGB V

a) die einmalige Verordnung des medizinisch notwendigen Gesamtquartalsbedarfs an Blutzuckerteststreifen (Ausnahme: medizinische Gründe). Hinsichtlich des medizinisch notwendigen Quartalsbedarfs an Blutzuckerteststreifen

wird auf die Empfehlungen der Vereinbarungspartner in Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung für das Kalenderjahr 2012 verwiesen.

b) die Verordnung von Blutzuckertestgeräten, bei denen in der Folge die Ausgaben für 50 Blutzuckerteststreifen, soweit diese durch eine Apotheke abgegeben werden, den Betrag in Höhe von 27,19 EUR brutto nicht überschreiten. Dies gilt gleichermaßen für im Rahmen von Diabetikerschulungen kostenfrei an Versicherte abgegebene Blutzuckertestgeräte.

Andere Versorgungsmodelle, mit denen wirtschaftliche Preise für Blutzuckerteststreifen unterhalb des vorgenannten Preises realisiert werden, sind durch diese Regelung nicht ausgeschlossen.

DDD-Quotenziele

Erreichung oder Überschreitung einer Mindestquote auf Basis der definierten Tagesdosen (DDD) in den nachfolgend genannten Facharztgruppen für die angeführten Wirkstoffgruppen:

a) Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten

Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	mindestens 82,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	mindestens 86,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil Generika	mindestens 79,5%

b) Anästhesisten

Anästhesisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Opioide, Anteil Generika	mindestens 70,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 70,0%

c) Augenärzte

Augenärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Glaukomtherapeutika, Anteil Generika	mindestens 42,0%

Amtliche Bekanntmachungen

d) Chirurgen

Chirurgen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%
Opioide, Anteil Generika	mindestens 70,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 70,0%

e) Fachärztliche Internisten

Fachärztliche Internisten	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	mindestens 75,0%
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	mindestens 80,0%
Wirkstoffe mit Angriffspunkt Renin-Angiotensin-System, Anteil Generika	mindestens 70,0%
nur für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars	mindestens 40,0%

f) Gynäkologen

Gynäkologen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

g) HNO-Ärzte

HNO-Ärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

h) Kinderärzte

Kinderärzte	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 95,0%

i) Orthopäden

Orthopäden	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat (mono)	mindestens 58,0%
Opioide, Anteil Generika	mindestens 83,0%
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermal applizierte Opioide	mindestens 65%

j) Urologen

Urologen	
Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
alpha-Rezeptorenblocker, Anteil Tamsulosin	mindestens 80,0%
systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	mindestens 90,0%
Urospasmolytika, Anteil Generika	mindestens 35,0%

Die Zuordnung zu den Fachgruppen erfolgt auf Grundlage der Fachgruppencodierungen in Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern, zweiteiliger Arztgruppenschlüssel (Ziffern 8-9 der LANR).

Die Vereinbarungspartner stimmen überein, dass insbesondere im Bereich der individuell anerkannten Praxisbesonderheiten die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele von großer Bedeutung sind und insofern im Rahmen der Prüfungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise Berücksichtigung finden.

§ 5 Maßnahmen zur Zielerreichung

(1) Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen verpflichten sich

- zur Unterrichtung der Versicherten über den Abschluss dieser Vereinbarung und Ergreifung von Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz der in dieser Vereinbarung formulierten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele
- zur Unterstützung des Arztes, im Einzelfall bei Umstellung auf eine wirtschaftlichere Ordnungsweise, durch Information und Beratung der Versicherten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewirkt werden, dass über die Inhalte dieser Vereinbarung informierte Mitarbeiter der einzelnen Krankenkassen geschlossen mit den Vertragsärzten gegenüber den Versicherten auftreten

- auf die Einhaltung des § 115 c SGB V (Wirkstoffangabe bei Entlassungsverordnungen) durch die Krankenhäuser hinzuwirken. Dies ist ggf. im Rahmen der Vertragsgestaltungen mit den Krankenhäusern und/oder aufgrund von Hinweisen der KV Nordrhein im Einzelfall durch geeignete Intervention sicherzustellen
- zur Erstellung einer Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten.

(2) Die KV Nordrhein verpflichtet sich zur

- Unterrichtung der Vertragsärzte über den Abschluss und die Bedeutung dieser Vereinbarung sowie die Notwendigkeit der Veränderung des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte in Nordrhein
- Quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten (GAmSi) bzw. der arztindividuellen Arzneimittelrendmeldung (GAmSi-Arzt) an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise
- Quartalsweisen Weiterleitung einer zeitnahen arztindividuellen Auswertung der Quoten nach § 4 Abs. 2
- Weiterleitung der durch die gemeinsame Arbeitsgruppe (§ 3) vorgeschlagenen Maßnahmen und Informationen sowie der Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten an die Vertragsärzte
- gezielten Information an Vertragsärzte über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen durch nicht medikamentöse Maßnahmen oder andere Arzneimittel
- Information der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. der Ersatzkassen über Krankenhäuser, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 115 c SGB V nicht nachkommen, soweit die KV Nordrhein hierüber Kenntnis erlangt.

Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen beauftragen die „Zentrale Stelle Pharmakotherapie“ mit der Arzneimittelberatung der nordrheinischen Vertragsärzte insbesondere in Bezug auf

- den Umgang mit Spezialpräparaten hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und strenger Indikationsstellung – auch unter Einbeziehung externen Sachverständigen –
- wirkstoffbezogene Verordnungsmengen bei Standardtherapien sowie Qualitätsindikatoren in der Therapie (z. B. Anteil suchtfördernder Arzneimittel, Anteil nicht geeigneter Arzneimittel für ältere Menschen)

- den wirtschaftlichen und indikationsgerechten Umgang mit den in § 4 Abs.2 genannten Arzneimitteln bzw. Wirkstoffgruppen

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass Vertragsärzte, die die genannten Aufgreifkriterien für eine Pharmakotherapieberatung erfüllen, ein verpflichtendes Beratungsgespräch erhalten. Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Verbände und die Ersatzkassen stellen einen gemeinsamen Prüfantrag, sofern erkennbar ist, dass die festgelegten Beratungsziele nicht erreicht werden. Dies gilt auch für Vertragsärzte, die ein Beratungsgespräch verweigern.

§ 6

Bewertung, Zielerreichungsanalyse

Die Vereinbarungspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 2 eingehalten und die Ziele nach § 4 erreicht wurden. Gleichzeitig prüfen die Vereinbarungspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die künftige Arzneimittelausgabensteuerung und Arzneimittelversorgung zu ziehen sind.

§ 7

Folgen der Einhaltung aller Zielwerte

- (1) Hält ein Vertragsarzt sowohl die Generikaquote als auch die Me-too-Quote ein und werden von ihm auch sämtliche, ihn betreffende DDD-Quotenziele erfüllt, so gilt er hinsichtlich seines Ordnungsverhaltens weder als auffällig, noch wird von einem normabweichenden Verhalten ausgegangen, sodass insofern eine Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich nicht mehr durchgeführt wird. § 106 SGB V, insbesondere die Regelung in Absatz 2 S. 7, bleibt unberührt.
- (2) Ausnahmsweise wird eine Prüfung dann durchgeführt, wenn begründete Zweifel bestehen, dass durch die Einhaltung der Zielwerte die Wirtschaftlichkeit als belegt angesehen werden kann.

§ 8

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Zielwerte

Hält ein Vertragsarzt die nachfolgend in der Übersicht angeführte Anzahl der für seine Fachgruppe vereinbarten Ziele nicht ein, so erhält dieser spätestens acht Wochen nach Ende des Quartals, in dem er seine Zielwerte verfehlt hat, ein Angebot zur Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung. Dabei ist dem Vertragsarzt Gelegenheit zu geben, die Gründe der Nichtzielerreichung zu erläutern.

Zahl der insgesamt für die Fachgruppe vereinbarten Ziele	Mindestzahl der nicht erreichten Ziele für Angebot Pharmakotherapieberatung
ein Ziel	ein Ziel
zwei Ziele	ein Ziel
drei Ziele	ein Ziel
vier Ziele	ein Ziel
fünf Ziele	zwei Ziele
sechs Ziele	zwei Ziele

Nimmt ein Vertragsarzt das Angebot zur Pharmakotherapieberatung nicht wahr oder ist nach Ablauf eines weiteren Quartals eine Zielerreichung nicht feststellbar, so stellen die Partner dieser Vereinbarung einen gemeinsamen Prüfantrag gemäß § 11 Absatz 1 e) in Verbindung mit § 16 der Prüfvereinbarung.

§ 9 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vereinbarungspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.
- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2012 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2013 angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Vereinbarungspartner stimmen weiterhin überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach § 116 b SGB V pauschal mit einem Betrag in Höhe von 29.558.838,97 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2012 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2012 für Arznei- und Verbandmittel um die Differenz aus dem o. g. Betrag und den tatsächlich ermittelten Ausgaben für Verordnungen nach § 116 b SGB V bereinigt. Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen weisen die Kosten nach Satz 1 gesondert aus.

§ 10 Laufzeit, Anschlussvereinbarung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2012 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2012. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2012 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 30.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband
NORDWEST
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic
Andreas Woggon
Landesbereichsleiter Vertragspolitik
Nordrhein

Knappschaft Bochum
Die Geschäftsführung
Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Heinz-Josef Voß
Direktor

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

Vereinbarung

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen

- BARMER GEK Ersatzkasse, Berlin
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse), Hamburg
- KKH-Allianz (Ersatzkasse), Hannover
- HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2012

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2012** folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2012 wird das Richtgrößenvolumen 2011 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2012 vom 30.09.2011) unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst.
- (2) Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage B.

§ 2

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über den Spitzenverband die vorläufigen Verordnungskosten im Rahmen einer standardisierten arztbezogenen Arzneimittel-Frühinformation (arztbezogene GKV-Arzneimittelschnell-

information, "GAmSi") bis Ende der 10. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals als ungeprüfte Quartalsberichte entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V vom 04.06.2002 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung.

- (2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie dem Vertragsarzt als Hilfestellung dienen, sein Arzneiverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferungen nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Prüfungsstelle (§ 106 Abs. 4 S.1) spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach gegebenenfalls erforderlichen Ergänzungen - das endgültig valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:

- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
- Summe der Zuzahlungen in EURO und
- Anzahl der Verordnungsblätter.

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage C fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle.

- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des allgemein Krankenversicherten (AKV-) und des Krankenversicherten der Rentner (KVdR)-Bereiches. Die Richtgrößenvolumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.
- (3) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein auf Datenträgern eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in Euro insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen - getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige

Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

§ 4

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Dabei sind die Rabatte aufgrund von Verträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V auf Verordnungsebene kassenindividuell zu berücksichtigen. Hierbei erfolgen Bereinigungen auf Basis der betroffenen PZN, die allerdings auch prozentual vorgenommen werden können. Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 und 4 entfielen.

Die dem § 5 Abs. 3 und 4 entsprechenden Pharmazentralnummern werden von den Vertragspartnern gemeinsam spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats abgestimmt und der Prüfungsstelle von der KV Nordrhein quartalsweise zur Verfügung gestellt.

- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträgern eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes.
- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zusammen:

- Betriebsstättennummer
- Lebenslange Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in EURO
- Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
- die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
- die veranlassten Ausgaben des Arztes brutto und netto (EURO)
- Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 entfallen
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 4 entfallen
- die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten

Die Ausweisung der Praxisbesonderheiten erfolgt unter dem Hinweis, dass es sich lediglich um widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten handelt, die im Rahmen eines Prüfverfahrens überprüft werden müssen.

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage C fest.

Für ein Prüfverfahren werden ergänzend elektronische Abbilder der Arzneirezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und soweit dies erforderlich ist, um zum Beispiel vom Arzt geltend gemachte Zweifel an den Aussagen der Übersicht nach Absatz 4 auszuräumen. Ein einheitliches Datenformat stimmen die Vertragspartner ab. Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet die Prüfungsstelle, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist. Die Stichprobe umfasst mindestens 20 Prozent der abgerechneten Fallzahlen des Arztes, aber mindestens 100 Fälle. Die durchschnittlichen Verordnungskosten der Stichprobe müssen den durchschnittlichen Verordnungskosten der Gesamtfallzahl der Praxis entsprechen.

Im Übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 4 die prüfrelevanten Unterlagen.

§ 5

Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie begrenzt.

(2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 5) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Indikationen nicht dem betreffenden Arzt.

(3) Indikationen nach Absatz 2 sind die nachfolgenden. Die Prüfungsstelle hat sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

- Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
- Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
- Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
- Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
- Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten. Andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
- Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
- Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
- Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
- Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs
- Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
- Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
- Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
- Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
- Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in

der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern

- Therapie des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
- 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
- Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten

Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage D zur Verfügung.

(4) Weitere Indikationen nach Absatz 2 sind folgende. Die Prüfungsstelle hat die von der Arztgruppentypik abweichenden Mehrkosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

- Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)
- Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
- Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
- Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
- Antiepileptika
- Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
- Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Bimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
- Antiparkinsonmittel
- Antithrombotische Mittel, parenteral
- Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
- Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
- Systemische Psoriasisstherapie
- Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
- Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
- Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
- Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen

- Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
- Ziconotid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
- Linezolid, nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage

Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage D zur Verfügung.

- (5) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.
- (6) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2, 3 und 4 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 5 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er
- welche Arzneitherapien
 - mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst hat.

rechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.

- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-)Verordnungskosten des Arztes die Rabatte gemäß § 130, § 130 a Abs. 1 bis Abs. 7 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung, sowie die Vereinbarung gemäß § 8 der Arzneimittelvereinbarung 2012.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 30.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband
NORDWEST
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic
Andreas Woggon
Landesbereichsleiter Vertragspolitik
Nordrhein

Knappschaft Bochum
Die Geschäftsführung
Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Heinz-Josef Voß
Direktor

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

§ 6 Entscheidungen der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf die Durchführung des Prüfverfahrens zu verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt eine geeignete Einrichtung mit der Durchführung einer Pharmakotherapieberatung, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25% überschritten wird.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenbe-

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2012

Arztgruppe	Richtgröße 2012 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 46,88
	RV: 123,66
Anästhesiologie	AV: 45,49
	RV: 128,94
Augenheilkunde	AV: 5,94
	RV: 13,77
Chirurgie	AV: 7,62
	RV: 14,08
Arztgruppe	Richtgröße 2012 AV/RV* in EURO

Amtliche Bekanntmachungen

Gynäkologie	AV: 20,08 RV: 62,70
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 12,48 RV: 5,02
Haut- und Geschlechtskrankheiten	AV: 24,17 RV: 20,68
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 46,88 RV: 123,66
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 270,52 RV: 337,01
Kinderheilkunde	AV: 28,17 RV: 53,57
MKG-Chirurgie	AV: 5,82 RV: 3,93
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV: 138,58 RV: 163,05
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV: 6,23 RV: 17,24
Urologie	AV: 24,81 RV: 61,51

*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)

*RV: Rentenversicherte

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2012

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

01 ARZTSUMMENSATZ.		
05 QJJJ.	Zeitraum Quartal/Jahr	PIC 9(05).
05 ABSENDER.	Kassennummer	PIC 9(05).
05 BSNR.	Betriebsstättennummer	PIC 9(09).
05 ARZTNR.	Lebenslange Arztnummer	PIC 9(09).
05 SU-MITGL.	Summen Mitglieder	
10 BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10 ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10 ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05 SU-FAMI.	Summen Familienangehörige	
10 BRU-FAMI	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10 ZUZ-FAMI	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10 ANZ-FAMI	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).

05 SU-RENT.	Summen Rentner	
10 BRU-RENT	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10 ZUZ-RENT	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10 ANZ-RENT	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05 SU-STAT.	Summen Verordnungen ohne Vers.status	
10 BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10 ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10 ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05 FILLER		PIC X(05).

Stellen insgesamt: 121

Rezeptbruttokosten versteht sich als Rezeptbrutto abzüglich Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V.

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

01 Verordnungssatz.

05 KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR Kassengruppe	PIC 9(09).
05 JJJJMMTT	Verordnungsdatum	PIC 9(08).
05 BSNR	Betriebsstättennummer	PIC 9(09).
05 ARZTNR	Arztnummer	PIC 9(09).
05 VERO-STAT	Verordnungsstatus	PIC 9(01).
05 VERSI-NR	Versichertennummer	PIC X(12).
05 VERS-STAT	Versichertenstatus	PIC 9(01).
05 BELEG-NR	Belegnummer	PIC X(18).
05 GESAMT-REZ.	Gesamtwerte der Verordnung.	
10 BRUTTO	Gesamtbetrag	PIC 9(08)V99.
10 ZUZAHL	Gesamtzuzahlung	PIC 9(06)V99.
05 NAME	Name des Versicherten	PIC X(47). 1)
05 V-NAME	Vorname des Versicherten	PIC X (10). 1)
05 GEB-DATUM	Geburtsdatum des Versicherten	PIC X(08). 2)
05 ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordnungen des Rezeptes	PIC 9(04).
05 MEDIK-PREIS.	Max. 9 Medikamente pro Verordnung.	
10 PZN-NR(1)	Erste PZN	PIC X(10).
10 EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10 MEDPR(1)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10 PZN-NR(2)	Zweite PZN	PIC X(10).
10 EINHEIT(2)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10 MEDPR(2)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.

10	PZN-NR(3)	Dritte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(3)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(3)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(4)	Vierte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(4)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(4)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(5)	Fünfte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(5)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(5)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(6)	Sechste PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(6)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(6)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(7)	Siebte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(7)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(7)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(8)	Achte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(8)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(8)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(9)	Neunte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(9)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
			Fixe Länge 381.

1)= nur im Falle einer fehlenden Versichertennummer Datensatzinhalt

2)= Format TTMMJJJJ; nur für Datenlieferung gemäß § 4 Abs. 3. Sofern das Feld nicht durch die Apothekenrechenzentren befüllt werden konnte, wird das Feld mit OOOOOOOO befüllt

Wenn die Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, soweit diese nach BMV-Ä § 44 Abs. 6 übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit OOOOOOOO aufgefüllt.

Für Arzneimittel, bei denen der Bruttopreis nicht höher als der Zuzahlungsbetrag ist, ist im Einzeltaxfeld der Betrag anzugeben. Diese Arzneimittel sind jedoch weder im Feld „Gesamtbrutto“ noch im Feld „Zuzahlung“ zu berücksichtigen.

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2012

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 und 4 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolnummer kann dabei an jedem Tag des Quartals an der Stelle des Behandlungsausweises eingetragen werden, an dem auch die Leistungen abgerechnet werden. Die Häufigkeit der Abrechnung dieser Symbolnummern wird den mit den Richtgrößenprüfungen beauftragten Stellen mittels Frequenztafel zur Verfügung gestellt werden.

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
90901	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
90902	Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
90903	Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
90904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten und andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezeptzubereitungen
90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezeptzubereitung
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
90911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)

Amtliche Bekanntmachungen

90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
90913	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
90914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
90915	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
90916	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
90917	Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
90918	Antiepileptika
90919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
90920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
90921	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern
90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90923	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonid, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
90924	Antiparkinsonmittel
90925	Antithrombotische Mittel, parenteral
90926	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
90927	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
90928	Systemische Psoriasisstherapie
90929	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen

90930	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
90931	Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
90932	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
90933	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.
90934	Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
90935	Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
90936	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
90937	Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
90939	Ziconotid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
90990	Linezolid, nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2012

Gemeinsamer Orientierungsrahmen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände zur Verordnung von Blutzucker-Teststreifen:

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-2	
Nicht insulinpflichtige Diabetiker	Urin- und Blutzuckerteststreifen gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ-1	
Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie	
Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
(nachfolgend KV Nordrhein genannt)

- einerseits -
und

die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
der BKK-Landesverband NORDWEST
die IKK classic
die Knappschaft
die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)
und
die Ersatzkassen
Barmer GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH – Allianz (Ersatzkasse)
der HEK-Hanseatische Krankenkasse
hkk

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

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

- andererseits -

schließen gemäß § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V
folgende

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2012

Präambel

Die Vereinbarungspartner haben sich auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2012 auf die Inhalte einer Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V verständigt. Über die Ausgabenvolumina für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Heilmittel (§ 32 SGB V) sowie auf die Einhaltung dieses Volumens ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) besteht Einvernehmen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Heilmittelversorgung hinzuwirken.

§ 1 Ausgabenvolumen 2012

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wird das Ausgabenvolumen für Heilmittel (§ 32 SGB V)

für das Jahr 2012 auf den Betrag von
445.000.000,00 €

festgelegt.

§ 2 Gemeinsame Arbeitsgruppe

Die kontinuierliche Begleitung dieser Heilmittelvereinbarung obliegt der von den Vereinbarungspartnern zu bildenden und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens nach § 1 dieser Vereinbarung vor. Die Vereinbarungspartner können der Arbeitsgruppe einvernehmlich weitere Aufgaben zuweisen. Ein von den Verbänden der Krankenkassen benannter Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist berechtigt, an den Sitzungen der Arbeitsgruppe ohne eigenes Stimmrecht beratend teilzunehmen.

§ 3 Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- (1) Zur Einhaltung des Ausgabenvolumens sind vielfältige Maßnahmen durchzuführen. Hierzu zählen insbesondere die Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten, gezielte Hinweise zu Auffälligkeiten in der Verordnungsweise sowie Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- (2) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen der KV Nordrhein Auswertungen für die nordrheinischen Vertragsärzte aus dem GKV-HIS (Heilmittelinformationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V sowohl arztbezogen (HIS-Arzt) als auch KV-bezogen (HIS-KV) quartalsweise entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung.
- (3) Die Arbeitsgruppe nach § 2 berät über die Durchführung regionalspezifischer Beratungsmaßnahmen wie z. B. die Beratung von Qualitätszirkeln.
- (4) Die KV Nordrhein stellt insbesondere sicher, dass die in der Arbeitsgruppe nach § 2 abgestimmten Informationen zur Verordnungsweise an die nordrheinischen Vertragsärzte in

geeigneter Weise (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben, Unterrichtung von Qualitätszirkeln, schriftliche Einzel- und Gruppenberatung, gezielte Hinweise) weitergegeben werden.

§ 4 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen soll eine erlaubte Regelung treten, die dem Willen der Parteien möglichst nahe kommt.
- (2) Die mit dieser Vereinbarung getroffenen Bewertungen gemäß § 84 SGB V beruhen auf den zum Zeitpunkt der Vereinbarung verfügbaren Daten für die Heilmittel. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2012 zugrunde gelegten Annahmen spätestens in den Verhandlungen für das Ausgabenvolumen 2013 zu berücksichtigen.

§ 6 Laufzeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2012 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2012.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2012 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 28.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. med. Peter Potthoff Vorsitzender des Vorstandes	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse Wilfried Jacobs Vorsitzender des Vorstandes
--	---

Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband NORDWEST Jörg Hoffmann Vorsitzender des Vorstandes	IKK classic Andreas Woggon Landesbereichsleiter Vertragspolitik Nordrhein
--	--

Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein Westfalen Heinz-Josef Voß Direktor	Knappschaft Dr. Georg Greve Erster Direktor
--	---

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

Vereinbarung

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem BKK-Landesverband NORDWEST
der IKK classic
der Knappschaft
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
– zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau –
(LKK NRW)
und
den Ersatzkassen
Barmer GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK-Hanseatische Krankenkasse
hkk

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

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über

Richtgrößen für Heilmittel 2012

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom 01.01.2012 folgende Fassung:

§ 1 Richtgrößen für Heilmittel

Für die in der Anlage 3 D genannten Arztgruppen werden jeweils die aus Anlage 3 B ersichtlichen Richtgrößen getrennt nach den beiden Versichertengruppen AKV- und KVdR festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der

Quartale I/10 bis IV/10, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht berücksichtigt.

§ 2

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Heilmittel stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über den Spitzenverband Bund die vorläufigen Verordnungskosten im Rahmen einer standardisierten arztbezogenen Heilmittel-Frühinformation („GKV-HIS-Arzt“) als ungeprüfte Quartalsberichte entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund zur Verfügung.
- (2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie dem Vertragsarzt als Hilfestellung dienen, sein Heilmittelverordnungsverhalten zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferungen nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
 - Betriebsstättennummer
 - Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der OrdnungsblätterDie Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage 3 C fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Ordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des

KVdR-Bereiches. Die Richtgrößenvolumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.

- (3) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein auf Datenträger eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in EURO insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

§ 4

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Wird das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen um mindestens 3 % unterschritten, so gehen die Vertragspartner davon aus, dass hinsichtlich des Verordnungsverhaltens der nordrheinischen Vertragsärzte grundsätzlich auf eine flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichtet werden kann. Über die Umsetzung des § 106 Absatz 2 S. 7 SGB V verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich.

Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres - die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf potenzielle Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 2 u. 3 entfielen.
- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der

Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung.

(3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen des betreffenden Arztes.

(4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zur Verfügung:

- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in EURO
- Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
- die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
- die veranlassten Ausgaben der Betriebsstätte brutto und netto (EURO)
- Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage 3 C fest.

§ 5

Praxisbesonderheiten

(1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.

(2) Die Prüfungsstelle hat sämtliche, auf nachfolgende Indikationen (gemäß Anlage 3 E) entfallende Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

Therapie

- 3.1 Maßnahmen der Ergotherapie
- 3.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- 3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD
- 3.4 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

bei folgenden Indikationen:

Indikationen

Zu 3.1 bis 3.3 für Kinder und Jugendliche bei folgenden Indikationen:

- Hemiparesen, spastische Di- oder Tetraplegie
- Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolisch bzw. muskuläre Systemerkrankung
- Schwere/tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84

Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung

Palliativmedizinische Betreuung

zu 3.3 für Kinder und Jugendliche bei folgender Indikation:

- Mukoviszidose

zu 3.1 bis 3.3 für erwachsene Patienten bei folgenden Indikationen:

• angeborene oder erworbene Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zentralparesen, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)

• schwere neurologische Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis

zu 3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

zu 3.3 und 3.4 Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen

zu 3.4 Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung aufgrund einer onkologischen Erkrankung und/oder einer

primären Lymphgefäßerkrankung nach ICD-10 Codierung Q82.0

Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

(3) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.

(4) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach dem Absatz 2 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Heilmitteltherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 3 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er

- welche Heilmitteltherapien
- mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall

veranlasst hat.

§ 6

Entscheidungen der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25% überschritten wird.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.

(3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-)Verordnungskosten des Arztes die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 7

Salvatorische Klausel

(1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen soll eine erlaubte Regelung treten, die dem Willen der Parteien möglichst nahe kommt.

§ 8

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2012 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2012.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 28.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

IKK classic
Andreas Woggon
Landesbereichsleiter
Vertragspolitik Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Heinz-Josef Voß
Direktor

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

AOK Rheinland/Hamburg,
Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST
Jörg Hoffmann
Vorsitzender des
Vorstandes

Knappschaft
Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2012

Nicht belegt.

Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2012

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2012 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 5,53 RV: 16,42
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 12,14 RV: 17,06
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 4,75 RV: 2,68
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 5,53 RV: 16,42
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 2,07 RV: 3,72
Kinderheilkunde	AV: 23,63 RV: 31,56
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV: 23,78 RV: 25,48

* AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)
RV: Rentenversicherte

Die Richtgröße wird für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung **Rheumatologie** (früher Teilgebiet „Rheumatologie“) ausgesetzt.

Anlage 3 C zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2012

Datensatzbeschreibung Heilmittel

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Die nachfolgenden Punkte beschreiben die Datenlieferungen von Heilmitteldaten an die Prüfungsstelle.

1 Datenformat

Die Datenlieferungen an die Prüfungsstelle erfolgen in Form von Textdateien. Der Aufbau der Dateien ist ein va-

riables ASCII mit Semikolon (;) als Feldbegrenzer und CR+LF als Satztrenner.

1.1 Inhaltskennung

Der Dateiname beschreibt den eigentlichen Inhalt der Datei:

Feldname	Beschreibung
Lieferant	AOK, BKK, BKN, IKK, LKK oder VDK
Art	„HEIF“ Heilmittel, Frühinformation „HEIL“ Heilmittel
VerQuart	JJJJQ, Q=1-4, J
Lieferung	Laufende Nummer der Lieferung: 01 – Erste Lieferung 02 – Erste Korrekturlieferung ...

Z.B. „AOKHEIL2005101.txt“ für die erste Lieferung von Heilmitteldateninformationen der AOK zum Quartal 1/2005.

1.2 Definition der Befüllvorgaben

Für jede Satzstruktur und Aggregationsstufe werden die empfohlenen Befüllvorgaben aufgelistet. Folgende Befüllvorgaben kommen in Frage:

Datensatz auf Blattebene:

M Mussfeld

Dieses Feld muss belegt werden.

K Kannfeld

Sofern Werte vorhanden sind dürfen diese geschickt werden. Ein leeres Feld ist auch zulässig.

L Leerfeld

Hier darf kein Wert eingetragen werden.

1.3 Satzbeschreibung

Die folgende Satzbeschreibung ist eine kompakte Darstellung von den beiden verschiedenen Inhaltslieferungen auf der Aggregationsstufe Heilmittelblatt:

- „HEIF“ Frühinformation ohne Versichertenbezug.
- „HEIL“ Heilmitteldaten mit Versichertenbezug.

Nr	Bezeichnung	Typ	"HEIF"		Beschreibung
			M	N	
1	Betriebsstättennummer	N9	M	M	Exakt 9 Stellen
2	Arztnummer (lebenslange)	N9	N	N	Exakt 9 Stellen (soweit diese nach BMV-Ä §44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „00000000“ aufgefüllt).

Amtliche Bekanntmachungen

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIL“		Beschreibung
			„HEIL“	„HEIL“	
3	Verordnungsquartal	C5	M	M	JJJJQ mit Q=[1-4, J]
4	IK der KK	N9	M	M	
5	Versichertenstatus	N1	M	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	C68	M	M	Eindeutige Identifikation für den Heilmittelurbeleg, z.B. Belegnummer und Rechnungsnummer
7	Heilmittelblattdatum	N8	M	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
8	Versichertennummer	C50	L	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen.
9	Geburtsdatum	N8	L	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten
10	Gesamtbrutto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
11	Gesamtzahlung prozentual	N15	M	M	Betrag!, in Cent, Kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Pauschalzahlung	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamtnetto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionnettos, da hier Gesamtrabatte und Rezeptzahlung berücksichtigt wird.
14	Begründungspflicht	N1	K	K	0=nein; 1=ja
15	Indikationschlüssel	C12	K	K	Beinhaltet den Indikationschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
16	Leistungsschlüssel 1	N5	M	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIL“		Beschreibung
			„HEIL“	„HEIL“	
18	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
19	Positionsnetto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis abzüglich aller Rabatte, die in diese Position eingegangen sind. Unberücksichtigt bleiben Zuzahlungen auf Rezeptebene.
	...				
132	Leistungsschlüssel 30	N5	M	M	
133	Faktor 30	N4	M	M	
134	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
135	Positionsnetto 30	N15	M	M	

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 135 kann verzichtet werden.

2 Prozess der Datenübermittlung

Die Daten werden der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner innerhalb der in der Prüfvereinbarung genannten Fristen zur Verfügung gestellt. Die Übersendung erfolgt auf dem Postwege auf CD-ROM im Format ISO-9660. Kompression nach dem Standard ZIP ist möglich.

Anlage 3 D zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2012

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte

Chirurgie

einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie

HNO

einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie

Innere Medizin (hausärztlich)

Innere Medizin (fachärztlich)

einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Kinderheilkunde

Orthopädie

einschl. orthopädischer Rheumatologie

Anlage 3 E zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2012

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90984	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
90985	Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

Für Kinder und Jugendliche:

90952	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90956	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90957	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90958	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90959	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90960	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90967	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90968	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90969	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung

Amtliche Bekanntmachungen

90970	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Mukoviszidose
90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

Für Erwachsene:

90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/ Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen,)
90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/ Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90974	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90975	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90976	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90977	Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung aufgrund einer onkologischen Erkrankung und/oder einer primären Lymphgefäß-erkrankung nach ICD10 Codierung Q82.0

Entsprechend § 16 Absatz 2 der Satzung der KV Nordrhein wird die nachstehende Änderungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den Ersatzkassen bekannt gemacht.

Anlage 10 zum Gesamtvertrag

Zweite Änderungsvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
 - im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

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

über

ambulant durchgeführte Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung

1. Die Vertragspartner dieser Vereinbarung verständigen sich zum Vertrag über ambulant durchgeführte Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung vom 18.02.2008 in der Fassung der ersten Änderungsvereinbarung vom 14.06.2011 auf die nachstehend näher beschriebenen Änderungen mit Wirkung zum 01.01.2012; hierbei wird auf § 16 Abs. 2 der Satzung der KV Nordrhein Bezug genommen.

2. **Neuaufnahme des § 4 a**
Qualitätssicherungskommission Kataraktvertrag Ersatzkassen

Grundsätze zur Geschäftsführung

1. Die Vertragspartner entsenden im Zuge einer gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Rahmen der ambulant durchgeführten Kataraktchirurgie jeweils max. fünf Vertreter in eine Qualitätssicherungskommission, welche die vertraglichen und versorgungsspezifischen Grundsatzfragen klärt.

Die Empfehlungen der Qualitätssicherungskommission sind von den Vertragspartnern bei der Umsetzung dieses Vertrages zu beachten. Zu den Aufgaben der Qualitätssicherungskommission gehören insbesondere:

- Erarbeitung von Kriterien zur Gestaltung der Kataraktoperationskontingente;
- Bewertung der Ergebnisse aus den Stichprobenprüfungen;
- Beratung der Vertragspartner und Erarbeitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Vertrages;
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Problemlösung.

2. Die Qualitätssicherungskommission ist beschlussfähig, wenn mindestens jeweils drei Vertreter der Ersatzkassen und der KV Nordrhein bzw. der Leistungserbringer anwesend sind.

Entscheidungen der Qualitätssicherungskommissionen werden grundsätzlich einstimmig getroffen. Kann eine einstimmige Beschlussfassung nicht erzielt werden, gilt der Antrag als abgelehnt bzw. wird eine abschließende und endgültige Entscheidung durch die Vertragspartner getroffen.

3. Die KV Nordrhein führt die Geschäfte der Qualitätssicherungskommission und lädt i.d.R. einmal je Quartal zu den vereinbarten Sitzungen schriftlich ein. Die Qualitätssicherungskommission kann zudem auf Antrag eines Vertragspartners einberufen werden.

Der Verlauf der Sitzungen der Qualitätssicherungskommission sowie deren Entscheidungen werden in einem Protokoll niedergelegt.

3. In § 7 wird Absatz 1 Satz 1 wie folgt geändert:

Die Ersatzkassen vergüten den teilnehmenden ophthalmologisch tätigen Operateuren für den gesamten in diesem Vertrag dargestellten Leistungsinhalt einschließlich aller anstehenden Sachkosten (inklusive ggf. medizinisch indizierter Sonderlinse, sofern sie dem GKV-Leistungskatalog zuzuordnen ist, sowie Blaulichtfilterlinse) eine ambulante Operationspauschale in Höhe von 709,00 € je durchgeführter Kataraktoperation.

4. In § 8 Absatz 1 wird Satz 8 geändert:

1. Die Ersatzkassen werden je Kataraktoperation 709,00€ - außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 ff. SGB V - vergüten.

5. Die Änderungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2012 in Kraft. Eine Kündigung ist mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2012, möglich.

6. Sollten gesetzliche Änderungen (SGB V), Änderungen des EBM oder andere vertragliche Regelungen Auswirkungen auf die Inhalte dieses Vertrages haben, kann er - abweichend von Abs. 5 - früher als zum 31.12.2012 mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

7. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Düsseldorf, den 08.12.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

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

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Ein inhaltlich identischer Vertrag wurde auch mit der Knappschaft mit Wirkung zum 01.01.2012 geschlossen, auf einen Abdruck desselbigen haben wir aus pragmatischen Gründen verzichtet

Vertrag

nach § 73c SGB V
über die Durchführung einer

Tonsillotomie

im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**
- vertreten durch den Vorstand -
- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

**der AOK Rheinland/Hamburg Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf**
- vertreten durch den Vorstand -
- im Folgenden AOK genannt -

Übersicht der Anlagen:

Anlage 1:	Teilnahmeantrag HNO-Operateur
Anlage 2:	Teilnahmeantrag Versicherte
Anlage 2.1:	Versicherteninformation
Anlage 3:	Vergütung - Abrechnung
Anlage 4:	Praxisbegehung
Anlage 5:	Arztbrief an überweisenden Arzt
Anlage 5.1:	Arztbrief an überweisenden Arzt incl. Dokumentationsbogen 2. und 3. Nachbehandlung
Anlage 6:	Dokumentationsbogen Operateur
Anlage 7:	Postoperatives Merkblatt für die Eltern

Präambel

Erklärtes Ziel der Vertragspartner ist die Etablierung einer hochwertigen und qualitätsgesicherten Patientenversorgung. In dem Bestreben, diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Vertragspartner fortwährend bemüht, die medizinische Versorgung der Versicherten zu verbessern und den Zugang zu neuen Behandlungsmethoden zu ermöglichen.

Aus Sicht der Vertragspartner besteht Anlass zum Handeln, da der Eingriff der Tonsillotomie bei Kindern mit der Indikation einer nichtinfektiösen kindlichen Tonsillenhyperplasie nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist. Die Operation wird daher nur als private IGe-Leistung angeboten. Da die von einer Tonsillenhyperplasie betroffenen Kinder jedoch unter schwerwiegenden Symptomen leiden, ist der Eingriff der Tonsillotomie medizinisch geboten und stellt im Vergleich zu dem alternativen und über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbaren Eingriff der Tonsillektomie das schonendere, schmerzärmere und zugleich risikolosere Verfahren dar.

Mit diesem Vertrag soll daher die Schaffung einer hohen und gleichbleibenden Qualität dieser neuen Behandlungsmethode durch Vorgabe folgender Struktur-, Prozess- und Qualifikationsanforderungen etabliert werden.

§ 1

Geltungsbereich / Vertragsgegenstand / Ziel

- (1) Der Vertrag findet Anwendung in der Versorgungsregion der KV Nordrhein.
- (2) Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen.
- (3) Ziele des Vertrags sind:
 - Vermeidung nicht notwendiger stationärer Eingriffe
 - Vermeidung von Rezidiven; eine 2-Jahres-Rezidivrate von weniger als 5 v.H. wird angestrebt
 - Reduzierung der Komplikationsrate intra- und postoperativ
 - Gesicherte Indikationsstellung

§ 2

Pflichten der KV Nordrhein

- (1) Die KV Nordrhein informiert die teilnahmeberechtigten Ärzte im Geltungsbereich dieses Vertrages über die Anforderungen und Inhalte des Vertrags.
- (2) Die KV Nordrhein überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten und übersendet

dem Arzt eine Bestätigung seiner Teilnahmeberechtigung. Der Arzt kann ab Erhalt der Teilnahmeberechtigung die in § 10 Vertrages geregelte Vergütung abrechnen.

- (3) Die KV Nordrhein erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Die KV Nordrhein stellt die aktuelle Fassung des Verzeichnisses monatlich, bei Bedarf auch häufiger, der AOK zur Verfügung und stellt dieses öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet (www.kvno.de) zur Verfügung.
- (4) Die KV Nordrhein informiert die AOK im Rahmen der monatlichen Lieferung des Arztverzeichnisses über den Beginn und das Ende der Teilnahme der Ärzte nach § 3 Absatz 4 und 5.

§ 3

Teilnahme der Ärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein und der Genehmigung zum ambulanten Operieren, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 erfüllen. Angestellte Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde gehören auch zu dem berechtigten Personenkreis.
- (2) Anästhesisten nehmen an diesem Vertrag durch Abrechnung der Anästhesieleistungen nach den Symbolnummern 97071A, B, C, D, H und I teil, ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt.
- (3) Die Symbolnummern 97070E und 97070F können auch ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung von jedem konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein abgerechnet werden, wenn die entsprechende Leistung nach § 6 dieses Vertrages erbracht wurde.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der HNO-Operateur beantragt seine Teilnahme mittels einer Teilnahmeerklärung (Anlage 1) und erbringt den Nachweis der initialen und fortwährend zu gewährleistenden Voraussetzungen nach den §§ 4 und 5 dieses Vertrages.
- (5) Der HNO-Operateur kann seine Teilnahme an dem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Nordrhein widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung. Die Widerrufsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.
- (6) Der teilnehmende HNO-Operateur kann nach vorheriger Ermahnung und Abstimmung der Vertragspartner untereinander von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden, wenn er die Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt oder gegen vertragsärztliche Pflichten bei Erbringung der Leistungen nach § 8 dieses Vertrages verstößt.

- (7) Die Teilnahme des HNO-Operators an dem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf
- mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit
 - mit Weigerung des Arztes, die gemäß § 5 Absatz 1 zu der Praxisbegehung und Überprüfung bei Begehung erforderliche Gestattung oder die bei Überprüfung erforderliche Mitwirkung beizubringen
 - mit Ausschluss aus dem Vertrag durch die Vertragspartner gemäß § 3 Absatz 6.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen

- Teilnahmeerklärung:** Vorlage der unterschriebenen Teilnahmeerklärung (Anlage 1).
- Geräte:** Durchführung der Tonsillotomie mit folgenden Geräten der HNO-Chirurgie:
 - Lasengeräte (CO2 Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser)
 - Radiofrequenzgeräte und
 - Coblationsgeräte.
- Sachkundenachweis, sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt:** Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutz-Kurs, der zur Erbringung der im Vertrag genannten Operationsleistungen qualifiziert. Die Anforderungen der Unfallverhütungsvorschrift BGV B2 in der jeweils gültigen Fassung sind zu erfüllen.
- Bauliche und apparative Ausstattung:** Nachweis folgender Voraussetzungen mittels unterschriebener Teilnahmeerklärung durch den teilnehmenden Arzt:
 - Bereitstellung und Einhaltung der erforderlichen baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Durchführung von Tonsillotomien gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V
 - Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, Zulassung des Lasengeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
 - Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu erfüllen.
- Zur Überprüfung der Aufgaben und Pflichten der Ärzte aus diesem Vertrag behält sich die KV Nordrhein das Recht vor, in regelmäßigen Abständen Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Die AOK wird über eine bevorstehende Praxisbegehung und Stichprobenprüfung und anschließend über das Ergebnis der Überprüfung informiert. Näheres zum Ablauf der Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen ist in Anlage 4 des Vertrages geregelt.

- (6) Sobald der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt, teilt er dies der KV Nordrhein unverzüglich schriftlich mit.

§ 5

Pflichten der operativ tätigen Ärzte

- Praxisbegehung:** Mit der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt, Praxisbegehungen und Überprüfungen bei Begehung durch die KV Nordrhein zu gestatten und im erforderlichen Umfang mitzuwirken. Näheres zum Ablauf der Praxisbegehung, zum Umfang der Prüfung und zum Vorhalten erforderlicher Unterlagen ist in Anlage 4 dieses Vertrages geregelt.
- Namentliche Veröffentlichung:** Der Arzt erklärt mit seiner Teilnahme sein Einverständnis zur namentlichen Veröffentlichung im Verzeichnis der KV Nordrhein. Die aktuelle Fassung des Verzeichnisses befindet sich öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet (www.kvno.de).
- Information und Einschreibung der Versicherten; Aushändigung eines Informationsblatts:** Information der Versicherten über die Möglichkeit einer Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 7 und über die vertraglich vorgesehenen Leistungen nach § 8. Im Nachgang zu dem Gespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhypertrophie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag (Anlage 2.1). Prüfung der Eignung für die Teilnahme und Einschreibung in den Vertrag mittels Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 2). Die teilnehmenden Ärzte übersenden die Teilnahmeerklärungen der Patienten jeweils monatlich an ihre Bezirksstelle; die KV Nordrhein wird ein elektronisches Verzeichnis über die teilnehmenden Patienten erstellen und monatlich an die AOK weiterleiten.
- Abrechnung:** Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt mit Diskette, CD oder im Rahmen von D2D mittels zertifizierter Praxissoftware an die KV Nordrhein. Sofern die Möglichkeit der Online-Abrechnung besteht, soll diese genutzt werden.
- Geräteanschaffung:** Pflicht zur umgehenden Anzeige von Gerätekauf bzw. -abmeldung für Geräte nach § 4 Absatz 2 des Vertrages. Die Anzeige ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein, Abtlg. Qualitätssicherung.
- Gerätewartung:** Hinsichtlich der Wartung sind die Unfallverhütungsvorschriften und die Bestimmungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu erfüllen.
- Einhaltung Leitlinien:** Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich - entsprechend der Erbringung der Leistungen - zur Einhaltung folgender Leitlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung:

- Leitlinie für ambulantes Operieren und Tageschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 - HNO-Leitlinien
 - Leitlinie zur postoperativen Überwachung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten
 - Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen, Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V.
- (8) **Indikationsstellung:** Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach § 8 dieses Vertrages ist der Nachweis der Indikationsstellung durch den Arzt, der den Eingriff durchführt. Dazu sind die folgenden Kriterien in vollem Umfang zu belegen:
- a. Diagnose
Vorliegen der Diagnose Tonsillenhyperplasie (ICD-10 J35.1 oder J35.3)
- b. Alter
Der Patient darf zum Zeitpunkt der Durchführung der Tonsillotomie das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und muss mindestens das zweite Lebensjahr vollendet haben.
- c. Anamnese
Die Krankheitsgeschichte des Patienten muss folgende, klinisch relevante Indikationen aufweisen; ein alternatives Vorliegen ist ausreichend:
- schlafbezogene Atmungsstörungen/obstruktive Schlafapnoe
 - nachgewiesene Gedeihstörung
 - nachgewiesenes gestörtes Ess- und Trinkverhalten
 - chronische Mittelohrentzündungen
- Die Krankheitsgeschichte des Patienten darf keine der folgenden Indikationen aufweisen:
- Retonsillotomie
 - mehr als 3 antibiotikapflichtige Tonsillitiden
 - schwerwiegende Nebenerkrankungen
 - Gerinnungsstörungen
 - akute Tonsillitis
- Die Indikation ist nach § 5 Absatz 10 zu dokumentieren.
- (9) **Photodokumentation:** Darüber hinaus soll eine die Indikationsstellung begleitende und unterstützende prä- und postoperative Photodokumentation über den Zustand der Tonsillen erstellt werden. Die Photos sind jeweils im narkotisierten Zustand des Patienten unmittelbar vor der bevorstehenden Operation und direkt im Anschluss an die Operation aufzunehmen. Die Photodokumentation verbleibt in der Praxis des Arztes und ist der KV Nordrhein nach Aufforderung vorzulegen.
- (10) **Dokumentation:** Um eine bestmögliche Patientenversorgung im Rahmen dieses Vertrages zu gewährleisten, sol-

len die teilnehmenden Ärzte ihre prä-, intra- und postoperativ erbrachten Leistungen elektronisch dokumentieren (Anlage 6). Ist eine Realisierung durch die Arztpraxis zurzeit noch nicht möglich, kann übergangsweise die Dokumentation auch in herkömmlicher Art (Papier) erfolgen, die Dokumentationen sind in der Arztpraxis zu archivieren und können durch die KV Nordrhein im Einzelfall angefordert werden.

- (11) **Anwesenheit weiterer Personen bei der Operation:** Bei Durchführung der Tonsillotomien ist die Anwesenheit folgender Personen während der gesamten Dauer der Operation verpflichtend: Anästhesist und Anästhesie-Schwester. Gegebenenfalls und nach Bedarf kann eine OP-Schwester hinzugezogen werden. Der Arzt bestätigt die Anwesenheit der genannten Personen in der Dokumentation nach § 5 Absatz 10.
- (12) **Kooperation mit dem zuweisenden Arzt:** Der Arzt hat sicherzustellen, dass vor Durchführung des Eingriffs eine die Operationsfähigkeit des Patienten bestätigende Untersuchung vorliegt. Im Nachgang zu der Operation erstellt der Arzt einen Arztbrief mit einem Verlaufsbericht der Operation und Empfehlungen hinsichtlich der zu treffenden Nachsorge und leitet diesen an die Sorgeberechtigten oder den zuweisenden Arzt weiter (Anlage 5).
- (13) **Merkblatt über Verhaltensregeln; Erreichbarkeit des Arztes:** Der Arzt händigt den Sorgeberechtigten des Patienten im Anschluss an die durchgeführte Tonsillotomie ein Merkblatt mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche Komplikationen aus (Anlage 7). Alternativ kann auch ein bereits in der Praxis verwendetes Merkblatt mit identischen Inhalten der Anlage 7 verwendet werden. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation für Rückfragen der Sorgeberechtigten telefonisch erreichbar ist. Zusätzlich führt der Operateur eine Befundkontrolle oder eine telefonische Rücksprache mit den Sorgeberechtigten des Patienten am Operationstag durch.
- (14) **Kooperation mit dem nachbehandelnden HNO-Arzt:** Der operativ tätige Arzt übermittelt einen Dokumentationsbogen in Papierform (Anlage 5.1) zur Dokumentation der Nachbehandlung zwei und drei – sofern er diese nicht selbst erbringt – sowie einen Arztbrief mit einem Verlaufsbericht der Operation und Empfehlungen hinsichtlich der zu treffenden Nachsorge in geeigneter Form an den konservativ tätigen nachbehandelnden HNO-Arzt.

§ 6

Pflichten der konservativ tätigen Ärzte

- (1) Mit Ansetzen der Symbolnummern Ziffern 97070E und 97070F für die zweite und dritte Nachbehandlung verpflichten sich die konservativ tätigen Ärzte, einen von dem operativ tätigen Arzt in geeigneter Form übermittel-

ten Dokumentationsbogen in Papierform auszufüllen und in ihrer Patientenakte im Rahmen der normalen Aufbewahrungsfristen zu archivieren. Im Bedarfsfalle kann die KV Nordrhein die Dokumentation anfordern.

- (2) Neben den Symbolnummern 97070E und 97070F ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ gegenüber dem Patienten sowie nach EBM gegenüber der KV Nordrhein ausgeschlossen.

§ 7

Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Geltungsbereich dieses Vertrages bei der AOK Versicherten, die mindestens das zweite Lebensjahr, jedoch noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben.
- (2) Sorgeberechtigte, die an der Durchführung einer Tonsillotomie ihres nach dem Vertrag teilnahmeberechtigten Kindes interessiert sind, werden von den teilnehmenden Ärzten umfassend über Inhalte, Sinn, Zweck und Umfang der vertraglichen Leistungen informiert. Im Nachgang zu dem Aufklärungsgespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhyperplasie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend Anlage 2.1. Alternativ kann auch ein bereits in der Praxis verwendetes Merkblatt mit identischen Inhalten der Anlage 2.1. verwendet werden.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2) durch den/die Sorgeberechtigten.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet sowohl mit dem Wechsel des Versicherten zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V als auch mit vollständiger Leistungserbringung nach diesem Vertrag.

§ 8

Leistungen

Im Rahmen dieses Vertrages haben die nach § 7 des Vertrages teilnahmeberechtigten Versicherten Anspruch auf folgende Leistungen:

- a. Durchführung einer Tonsillotomie sowie Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden Arzt
- b. Durchführung der zu den operativen Eingriffen notwendigen Anästhesien

- c. Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen. Die Durchführung der ersten Nachbehandlung erfolgt durch den Arzt, der den Eingriff vorgenommen hat. Die weiteren zwei Nachbehandlungen können auch von einem konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde erbracht werden. Für die Durchführung der Nachbehandlungen gelten folgende Zeitabstände:

1. Nachbehandlung: 1 bis 2 Tage nach erfolgter Operation
2. Nachbehandlung: 1 Woche nach erfolgter Operation
3. Nachbehandlung: 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation

- d. Umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der vom Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie. Im Nachgang zu dem Aufklärungsgespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhyperplasie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend Anlage 2.1

- e. Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen entsprechend Anlage 7. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch erreichbar ist

- f. Befundkontrolle/Anruf des Arztes am Operationstag.

Die Leistungen nach Buchstaben d. bis f. haben gegenüber dem/den Sorgeberechtigten zu erfolgen.

§ 9

Evaluation

- (1) Die Partner dieses Vertrages stimmen darin überein, dass eine Evaluation zur Bewertung der Versorgungseffekte und zum Ausbau der Versorgungsforschung durchgeführt werden soll.
- (2) Über die weiteren Details, Umsetzung und Kosten der Evaluation werden sich die Vertragspartner im Konsens verständigen.

§ 10

Vergütung

- (1) Die nach diesem Vertrag abrechenbaren Leistungen sowie deren Vergütung sind in Anlage 3 des Vertrages geregelt. Mit den dort aufgeführten Vergütungen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen des Operateurs und des Anästhesisten, inklusive der anfallenden prä- und postoperativen Konsultationen, des

Medikamenten- und Sprechstundenbedarfs, der Kosten für Radiofrequenzsonden und der Sachkosten im Rahmen der Coblation sowie der durch die Verwendung der Geräte zur Durchführung der Tonsillotomien anfallenden Sachkosten abgegolten. Komplikationsbedingte Folgeeingriffe durch den Operateur, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem nach diesem Vertrag erbrachten Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operators zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen. Insbesondere stationäre Folgeeingriffe sind hiervon ausgenommen.

- (2) Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 8 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen, sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Die Vergütung sämtlicher Honorare erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

§ 11 Abrechnungsverfahren

- (1) Die erbrachten Leistungen nach § 8 dieses Vertrages sind von den teilnehmenden Ärzten kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abzurechnen. Die Abrechnung ist nur bei vollständiger Leistungserbringung möglich und erfolgt unter Angabe der festgelegten Symbolnummern und der ICD-10 J35.1 bzw. ICD-10 J35.3.
- (2) Die KV Nordrhein erfasst die von den teilnehmenden Ärzten abgerechneten Leistungen kalendervierteljährlich im Rahmen der Abrechnung für kurative Leistungen und rechnet sie mit der AOK ab.
- (3) Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Kapitel 90 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene erfasst und separat unter den in Anlage 3 genannten Symbolnummern ausgewiesen.
- (4) Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren für Leistungen aus diesem Vertrag (Ablauf und Inhalt der Abrechnung, Zahlungstermine, sachlich/rechnerische Berichtigung, etc.) entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein durchgeführt.

§ 12 Kostenpauschale

- (1) Die KV Nordrhein erhebt für ihre Leistungen für die Umsetzung dieses Vertrages bei den ärztlichen Vertragsteilnehmern den sich aus ihrer Satzung ergebenden Verwaltungskostensatz.

§ 13 Datenschutz

- (1) Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis unberührt und sind von den Vertragspartnern zu beachten.
- (2) Für die wissenschaftlichen Auswertungen der Daten ist die schriftliche Einwilligung des Arztes und des Sorgeberechtigten des Patienten zur Datenerfassung und Datenverwendung im Rahmen der Teilnahmeerklärung einzuholen.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

§ 15 Schlussbestimmungen

- (1) Der Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2012.
- (3) Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss während der Laufzeit des Vertrages eine Entscheidung zur Aufnahme der Tonsillotomie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung trifft, tritt der Vertrag ab dem Zeitpunkt außer Kraft, ab dem diese Leistung über eine entsprechende EBM-Nummer abrechenbar ist.
- (4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Schriftformerfordernis selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.
- (5) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

Düsseldorf, den 28.11.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. med. Peter Potthoff Bernhard Brautmeier
Vorsitzender des Vorstandes Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

Anlage 1 Teilnahmeantrag HNO Operateur



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Hauptstelle

Qualitätssicherung

Tersteegenstraße 3

40474 Düsseldorf

Ansprechpartnerin: Silke Schlick

Durchwahl: (0211) 5970 8388

Silke.Schlick@kvno.de

Ansprechpartnerin: Christine Dammrath

Durchwahl: (0211) 5970 8069

Christine.Dammrath@kvno.de

Telefax: (0211) 5970-8160

Teilnahme- und Einwilligungserklärung an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2012

<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich		<input type="checkbox"/> Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt • angestellt seit: • bei:
Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
E-Mail:		
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Tätigkeit im MVZ		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten (Bitte Standorte angeben):		

1. In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4, der Pflichten der operativ tätigen Ärzte nach § 5, des Leistungsumfangs nach § 8 und der Evaluation nach § 9, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von Tonsillotomien im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

Fortsetzung nächste Seite →

2. Für die Durchführung der Tonsillotomie verwende ich folgende/s gemäß dem Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie zugelassene/s Gerät/e:

- Lasergerät: CO2 Laser, Diodenlaser, Nd: YAG Laser (*nicht Zutreffendes bitte streichen*)
- Radiofrequenzgerät des Typs
- Coblationsgerät des Typs

Sofern der Eingriff mittels Laser erfolgt, müssen folgende Nachweise vorgelegt werden:

- Zulassung des Lasergeräts nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- Sachkundenachweis durch Absolvierung eines Laserschutz-Kurses, § 4 Absatz 3
- Kopie des Wartungsbelegs (bei eigenen Geräten) bzw. bei einem Neugerät Kopie des Kaufbelegs, § 4 Absatz 4 lit. c)

3. Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages über die Durchführung einer Tonsillotomie zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen. Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein anzeigen.

4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Titel, Vorname und Name zusammen mit meiner Praxisanschrift und Praxistelefonnummer / FAX unter www.kvno.de veröffentlicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Unterschrift des angestellten Arztes bzw. des MVZ- Vertretungsberechtigten

Praxisstempel

Anlage 2 Teilnahmeerklärung für den Versicherten



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Teilnahme- und Einwilligungserklärung
der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten
an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer
Tonsillotomie
im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung
gültig ab dem 01.01.2012**

1. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten

- In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre/n wir/ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines/unseres Kindes an dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.
- Die Teilnahmevoraussetzungen und die Leistungsinhalte sind im Einzelnen in der Anlage zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung aufgeführt.
- Der Arzt meines/unseres Kindes hat mich/uns in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie der Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie informiert.
- Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Fortsetzung nächste Seite →

- Meine/unsere Erklärung zu der Teilnahme an dem Vertrag kann ich/können wir vier Wochen zum Quartalsende mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, frühestens jedoch nach Ablauf eines Jahres. Den Widerruf richte ich/richten wir in schriftlicher Form an die AOK Rheinland/Hamburg.
- Die Teilnahme an dem Vertrag endet
 - a) mit dem Wechsel meines/unseres Kindes zu einem nicht beteiligten Kostenträger
 - b) mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
 - c) mit vollständiger Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistungen

2. Erklärung der/des Sorgeberechtigten zur Einwilligung der/des Versicherten

- Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines/unseres Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und zum Zwecke der Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation ein. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Bezug auf den Patienten in anonymisierter Form und bei Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in Bezug auf den Arzt und den Patienten in anonymisierter Form.

Die Hinweise zum Datenschutz in der Anlage zu dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich/haben wir gelesen und verstanden.

- Sollte die zweite und dritte postoperative Nachbehandlung anstatt vom Operateur von einem nachbehandelnden HNO-Arzt durchgeführt werden, willige ich/willigen wir in die Übermittlung des Befundes von dem nachbehandelnden HNO-Arzt an den Operateur ein. Der Operateur überträgt die Angaben zu dem Befund in seine Dokumentation, die im Anschluss an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung übersandt wird.

_____, den _____, _____
Ort Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Information für den einschreibenden Arzt:

Bitte senden Sie die unterschriebene Teilnahmeerklärung spätestens monatlich an die für Sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein.

Anlage zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Teilnahmevoraussetzungen

- Teilnahmeberechtigt sind alle bei der AOK Rheinland/Hamburg in Nordrhein Versicherten, die mindestens das zweite jedoch noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben.

Vertragliche Leistungen

Im Rahmen des Vertrages haben die teilnahmeberechtigten Versicherten Anspruch auf folgende Leistungen:

- Die Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden HNO-Arzt
- Die Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen. Die Durchführung der ersten Nachbehandlung erfolgt durch den Arzt, der den Eingriff vorgenommen hat. Die weiteren zwei Nachbehandlungen können auch von einem konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein erbracht werden. Für die Durchführung der Nachbehandlungen gelten folgende Zeitabstände:
 1. Nachbehandlung: 1 bis 2 Tage nach erfolgter Operation
 2. Nachbehandlung: 1 Woche nach erfolgter Operation
 3. Nachbehandlung: 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation
- Ein umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen einer Tonsillotomie. Im Nachgang zu dem Aufklärungsgespräch erhalten die Sorgeberechtigten ein Informationsblatt mit einem Überblick über das Krankheitsbild und die Symptome der Tonsillenhypertrophie, über den geplanten Eingriff und die Inhalte und Leistungen nach diesem Vertrag
- Die Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des HNO-Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch erreichbar ist
- Befundkontrolle/Anruf des Arztes am Operationstags

Hinweise zum Datenschutz

Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch den Abschluss von Verträgen auf der Grundlage von § 73c SGB V anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Eine Teilnahme der Versicherten an dieser Art von Verträgen ist immer freiwillig. Daher müssen die Versicherten auch mittels einer separaten Teilnahme- und Einwilligungserklärung ihre Teilnahme an dem Vertrag und ihre Einwilligung zu der vorgesehenen Verarbeitung der Patientendaten erklären. Ohne diese Erklärungen ist eine Teilnahme an dieser Art von Verträgen nicht möglich (die notwendige ärztliche Behandlung erfolgt dann im Rahmen der sonst für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen). Eine automatische Teilnahme an den Verträgen nach § 73c SGB V besteht nicht.

Im Rahmen der Verträge nach § 73c SGB V liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Krankenkassen. Daher benötigt die Krankenkasse die personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Teilnahmeerklärung erfragt werden.

Dem an dem Vertrag teilnehmenden Arzt obliegt eine Dokumentationspflicht seiner prä-, intra- und postoperativ erbrachten Leistungen. Diese Dokumentationspflicht dient der Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Die erhobenen Daten werden pseudonymisiert, d.h. ohne Patientenbezug, erhoben und auf direktem Wege an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein weitergeleitet. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet. Die Schweigepflicht Ihres Arztes bleibt unberührt.

Die im Rahmen des Vertrages zur Durchführung einer Tonsillotomie erfassten pseudonymisierten Informationen werden anschließend in anonymisierter Form wissenschaftlich ausgewertet. Für diese Evaluation wird eine externe, unabhängige Institution beauftragt. Die Ergebnisse der Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet auf den Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein veröffentlicht.

Anlage 2.1 Versicherteninformation Nordrhein



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versicherteninformation Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Ihr Arzt hat bei Ihrem Kind vergrößerte Gaumenmandeln diagnostiziert. Vergrößerte Gaumenmandeln (Tonsillenhyperplasie) bei Kindern in diesem Alter sind nicht ungewöhnlich und eine Folge der hohen immunologischen Aktivität speziell bei jüngeren Kindern, da sich ihr Immunsystem noch im Aufbau befindet.

Die Mandeln zählen zu den lymphatischen Organen und dienen als solche der primären Auseinandersetzung des Körpers mit Antigenen. Durch die regelmäßige Konfrontation mit möglichen Krankheitserregern (zum Beispiel Viren oder Bakterien) kommt es zu einer physiologischen Größenzunahme der Gaumenmandeln. Diese Größenzunahme an sich ist keine Krankheit, die Mandeln sind nicht entzündet wie bei einer Mandelentzündung. Sie sind lediglich vergrößert.

Erreicht die Tonsillenhyperplasie jedoch eine bestimmte Größe, kann es zu Funktionsstörungen und zu behandlungsbedürftigen Begleiterscheinungen kommen. Sie bemerken dies beispielsweise an deutlichen nächtlichen Schnarchgeräuschen Ihres Kindes, zum Teil kann es sogar zu Atemaussetzern kommen, an häufigen Mittelohrinfekten oder an Sprech- und Artikulationsstörungen bis hin zu Gedeihstörungen.

Durch die Tonsillotomie, also der bloßen Verkleinerung der Gaumenmandeln, bleibt die immunologische Funktion des Mandelgewebes erhalten. Die Tonsillotomie ist damit eine echte Alternative zur vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln, soweit es lediglich um die Verminderung der übermäßigen Größe der Mandeln geht.

- **Neue Leistung Tonsillotomie ab dem 1. Januar 2012**

Die Tonsillotomie ist eine Leistung, die nicht zur medizinischen Regelversorgung gehört. Deshalb wird der Eingriff auch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Vielleicht haben Sie schon einmal den Begriff IGE-Leistung gehört. IGE-Leistung steht für individuelle Gesundheitsleistung und bezeichnet Leistungen, die von Ärzten gegen Selbstzahlung angeboten werden, so wie beispielsweise auch die Tonsillotomie.

Ab dem 1. Januar 2012 bieten Ihnen die AOK Rheinland/Hamburg, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Ihr HNO-Arzt den Versorgungsvertrag Tonsillotomie an. Bei Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag haben Sie einen An-

spruch auf volle Kostenerstattung des Eingriffs. Ihr HNO-Arzt führt die Operation durch und rechnet diese wie jeden anderen Arztbesuch auch über ihre Krankenkasse ab. Sie bekommen keine Rechnung, weder von Ihrem HNO-Arzt noch von Ihrer Krankenkasse.

- **Wie können Sie bzw. Ihr Kind an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie teilnehmen?**

Zur Teilnahme an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie müssen Sie lediglich folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie bzw. Ihr Kind ist Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg in Nordrhein
- Ihr Kind hat das 2. Lebensjahr vollendet und das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet
- Sie haben die beigefügte Teilnahmeerklärung ausgefüllt und unterschrieben an Ihren HNO-Arzt übergeben

Ihre Teilnahme an dem Versorgungsvertrag Tonsillotomie ist selbstverständlich freiwillig.

- **Welche Leistungen beinhaltet der Versorgungsvertrag Tonsillotomie?**

- Der Versorgungsvertrag Tonsillotomie beinhaltet folgende Leistungen, die von Ihnen ab dem Zeitpunkt Ihrer Teilnahme in Anspruch genommen werden können:
- Die Durchführung einer Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit Legen einer Paukendrainage) durch einen am Vertrag teilnehmenden HNO-Arzt
- Die Durchführung von drei postoperativen Nachbehandlungen
- Ein umfassendes Aufklärungsgespräch über die Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen und Aushändigung dieses Merkblatts
- Die Aushändigung eines Merkblatts mit postoperativen Verhaltensregeln und Informationen über mögliche selten auftretende Komplikationen. Das Merkblatt enthält zudem eine Telefonnummer des HNO-Arztes, unter welcher dieser bis 24 Stunden nach der Operation telefonisch für Sie erreichbar ist
- Befundbericht / Anruf des Arztes am Operationstag

- **Datenerhebung**

Die Befunddaten Ihres Kindes werden von Ihrem HNO-Arzt unter Einhaltung seiner ärztlichen Schweigepflicht dokumentiert und in anonymisierter Form an die KV Nordrhein weitergeleitet. Die KV Nordrhein erfasst die übermittelten Daten. Diese werden anschließend von einer externen Institution wissenschaftlich ausgewertet. Durch die Anonymisierung ist sichergestellt, dass keinerlei Bezug zu den Daten Ihres Kindes oder zu Ihren eigenen Daten hergestellt werden kann, weder durch die KV Nordrhein noch durch Ihre Krankenkasse. Jeder einzelne Schritt der Datenübermittlung un-

terliegt höchsten technischen Sicherheitsvorkehrungen, so dass der Schutz Ihrer Daten fortwährend gewährleistet ist.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Kind alles Gute!

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Ihre AOK Rheinland/Hamburg

Anlage 3: Vergütung und Abrechnung



Vergütung und Abrechnung der Leistungen aus dem Vertrag nach § 73c SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2012

1. Vergütung

Leistungen Operateur		
Symbolnummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung in Euro
97070A	Durchführung einer Tonsillotomie	440,-
97070B	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	550,-
97070C	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	585,-
97070D	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	600,-
97070H	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	475,-
97070I	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	490,-

von den am Vertrag teilnehmenden operativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Nordrhein und der Genehmigung zum ambulanten Operieren abgerechnet werden.

Die Symbolnummern beinhalten neben den Operationsleistungen ebenfalls den Aufwand für die erste postoperative Nachbehandlung ein bis zwei Tage nach erfolgter Operation.

Die Abrechnung der nachstehend genannten Leistungen setzt voraus, dass der Anästhesist sich verpflichtet, die Bedingungen des Vertrages einzuhalten.

Leistungen Anästhesist		
Symbolnummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung in Euro
97071A	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie	150,-
97071B	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,-
97071C	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,-
97071D	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	185,-
97071H	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	185,-
97071I	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	185,-

Die Abrechnung der nachstehend genannten Leistungen setzt voraus, dass der konservativ tätige HNO-Arzt sich verpflichtet, die Bedingungen des Vertrages einzuhalten.

Postoperative Leistungen		
Symbolnummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung in Euro
97070E	Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung 1 Woche nach erfolgter Operation	10,-
97070F	Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation	10,-

Die Symbolnummern 97070E und 97070F dürfen sowohl von teilnehmenden operativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde als auch von konservativ tätigen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde abgerechnet werden. Die Symbolnummern 97070E und 97070F beinhalten für den konservativ tätigen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde neben den Leistungen der Nachbehandlung auch das Ausfüllen der Dokumentation.

Die Symbolnummern 97070E und 97070F dürfen nicht am selben Behandlungstag wie die Symbolnummern 97070A, B, C, D, H und I angesetzt werden. Die Symbolnummer 97070E darf erst eine Woche, die Symbolnummer 97070F darf erst vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation angesetzt werden.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 8 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ausgeschlossen. Auch der Ansatz von EBM-Abrechnungsziffern für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen nach § 8 dieses Vertrages ist ausgeschlossen, sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

2. Abrechnung

Mit den Pauschalen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen des Operateurs und Anästhesisten inklusive der anfallenden prä- und postoperativen Konsultationen durch den HNO-Arzt, des Medikamenten- und Sprechstundenbedarfs, der Kosten für Radiofrequenzsonden und der Sachkosten im Rahmen der Coblation sowie der durch die Verwendung der Lasergeräte anfallenden Sachkosten abgegolten.

Komplikationsbedingte Folgeeingriffe durch den Operateur, die in unmittelbarem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem nach diesem Vertrag erbrachten Eingriff der Tonsillotomie und etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe stehen und dem Verantwortungsbereich des HNO-Operateurs zuzuordnen sind, sind Bestandteil der Vergütungen. Insbesondere stationäre Folgeeingriffe sind hiervon ausgenommen.

Die erbrachten Leistungen werden von den teilnehmenden

Ärzten kalendervierteljährlich über die KV Nordrhein abgerechnet.

Die KV Nordrhein erfasst die von den Ärzten abgerechneten Leistungen kalendervierteljährlich im Rahmen der Abrechnung für kurative Leistungen und rechnet sie mit der AOK Rheinland/Hamburg ab.

Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter dem Konto 400, Kapitel 90 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfasst.

Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein durchgeführt, diese ist berechtigt gemäß § 12 Verwaltungskosten auf die Honorare zu erheben.

Anlage 4: Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Ablauf der Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen bei dem Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2012

Die Vertragspartner regeln nachfolgend das Nähere gem. § 5 Absatz 1 des Versorgungsvertrags Tonsillotomie zu den von ihnen durchzuführenden Praxisbegehungen und Stichprobenprüfungen. Die Stichprobenprüfungen sind beschränkt auf eine Vollständigkeitsprüfung der laut Vertragsinhalt in der Praxis vorzuhaltenden Unterlagen, Dokumente und Nachweise:

1. Allgemeines

- Die Praxisbegehung erfolgt auf Antrag der AOK Rheinland/Hamburg oder der KV Nordrhein bei konkreten Hinweisen auf eine unzureichende Strukturqualität bei den am Versorgungsvertrag teilnehmenden Ärzten.
- Für die Praxisbegehungen wird eine Kommission gebildet. Die Kommission besteht aus:

- 2 Mitarbeitern der KV Nordrhein
 - 1 Facharzt für HNO-Heilkunde mit der Genehmigung zum ambulanten Operieren
- c. Die Kommission überprüft die baulich-apparativen und hygienischen Bedingungen der Praxisräume gemäß Abschnitt C § 6 der „QS-Vereinbarung Ambulante Operationen“ (siehe Punkt 2) und die Vertragsinhalte des Versorgungsvertrags Tonsillotomie (siehe Punkt 3).

2. Überprüfung der baulich-apparativen und hygienischen Bedingungen

gemäß Abschnitt C § 6 der „QS-Vereinbarung Ambulante Operationen“

a. Räumliche Ausstattung

- Operationsraum
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich
- Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten

b. Apparativ-technische Voraussetzungen Operationsraum

- Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
- zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen

Wascheinrichtung

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Instrumentarium und Geräte

- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten

- ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

Hygienische Voraussetzungen

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- Dokumentation über Infektionen nach § 23 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
- Hygieneplan nach § 36 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz

Notfälle

- Organisationsplan für Notfälle / Notfallplan für Zwischenfälle
- regelmäßige Fortbildungen im Notfall-Management
- geeignetes Instrumentarium für Reanimationsmaßnahmen
- Sicherstellung der Notfallversorgung

3. Überprüfung der Vertragsinhalte des Versorgungsvertrags Tonsillotomie

Folgende Unterlagen werden in der Praxis des Arztes auf Vollständigkeit geprüft. Die Unterlagen sind von den Ärzten in pseudonymisierter Form vorzulegen, sodass keinerlei Patientenbezug möglich ist.

- OP-Bericht
- Narkosejournal
- Photodokumentation vor und nach der Operation
- falls Verwendung von Lasergeräten: Zulassung der Lasergeräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
- den von dem nachbehandelnden HNO-Arzt rückübermittelten Dokumentationsbogen in Papierform über die zweite und dritte Nachbehandlung - sofern diese nicht von dem Operateur selbst erbracht worden sind

Anlage 5 Arztbrief an überweisenden Arzt



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versorgungsvertrag Tonsillotomie

(Nachbehandlung durch Operateur)

Arztbrief an den überweisenden Arzt	Praxisstempel des Operateurs
-------------------------------------	------------------------------

Ort/Datum

Sehr geehrte(r)

vielen Dank für die Überweisung Ihres/r Patienten/in

Name:		Vorname:
Geb. am:	Straße:	
PLZ:	Wohnort:	

Bei den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Diagnose:**
- Hyperplasie der Gaumenmandeln (ICD J35.1) ja
 - Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln (ICD J35.3) ja
 - ICD H65.3 oder H65.4 oder H65.9 einseitig / beidseitig

- Befunde:** Die Spiegeluntersuchung ergab:
- eine ausgeprägte Hyperplasie der Tonsillen ja
 - vergrößerte Adenoide im Nasenrachenraum ja
 - einen Paukenerguss einseitig / beidseitig

- Therapie:** Am wurde bei dem Patienten folgender Eingriff durchgeführt:
- Tonsillotomie ja
 - Adenotomie ja
 - Paukendrainage einseitig / beidseitig
 - Legen von Paukenröhrchen ja

Postoperativer Verlauf:
Der postoperative Verlauf bis zur 3. Nachkontrolle am war komplikationslos. Sollten sich im weiteren Heilungsverlauf noch Probleme ergeben, werde ich Ihnen erneut berichten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Anlage 5.1 Arztbrief an nachbehandelnden HNO-Arzt



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versorgungsvertrag Tonsillotomie (Nachbehandlung durch konservativ tätigen HNO-Arzt)

Arztbrief an den überweisenden Arzt	Praxisstempel des Operateurs
-------------------------------------	------------------------------

Ort/Datum

Sehr geehrte(r)

vielen Dank für die Überweisung Ihres/r Patienten/in

Name:		Vorname:
Geb. am:	Straße:	
PLZ:	Wohnort:	

Bei den durchgeführten Untersuchungen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Diagnose:**
- Hyperplasie der Gaumenmandeln (ICD J35.1) ja
 - Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandeln (ICD J35.3) ja
 - ICD H65.3 oder H65.4 oder H65.9 einseitig / beidseitig

- Befunde:** Die Spiegeluntersuchung ergab:
- eine ausgeprägte Hyperplasie der Tonsillen ja
 - vergrößerte Adenoide im Nasenrachenraum ja
 - einen Paukenerguss einseitig / beidseitig

- Therapie:** Am wurde bei dem Patienten folgender Eingriff durchgeführt:
- Tonsillotomie ja

Fortsetzung nächste Seite →

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenotomie | ja <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Paukendrainage | einseitig <input type="checkbox"/> / beidseitig <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Legen von Paukenröhrchen | ja <input type="checkbox"/> |

Schnittnahtzeit (SNZ): Minuten

Postoperativer Verlauf:

Erste Nachbehandlung

Der postoperative Verlauf war bis zur ersten Nachbehandlung am komplikationslos.

Zweite und dritte Nachbehandlung

- Bitte führen Sie die zweite Nachbehandlung ca. 1 Woche nach der Operation und die dritte Nachbehandlung ca. 4-6 Wochen nach der Operation durch.
- Bitte füllen Sie zeitgleich den beigegefügtten Dokumentationsbogen in Papierform aus.

Vielen Dank!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Dokumentationsbogen – 2. Nachbehandlung

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Datum der 2. Nachbehandlung:

2. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name: _____

LANR: _____

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen nein ja

Behandlung konservativ operativ

Bemerkung _____



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Dokumentationsbogen – 3. Nachbehandlung

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Datum der 2. Nachbehandlung:

2. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name: _____

LANR: _____

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkung _____

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 6 Dokumentationsbogen Operateur



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Dokumentationsbogen – für den Operateur

Patient

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Alter:

Geschlecht:

 männlich weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten 3 Ziffern):

Unterschiedene Teilnahmeerklärung des Patienten liegt vor

Krankenkasse

Krankenkasse des Versicherten:

 AOK Rheinland/Hamburg

Arztkontakt

Datum der Untersuchung

Überweisung des Patienten

 durch Kinderarzt
 durch HNO-Arzt
 keine Überweisung (d.h. Erstkontakt findet beim Operateur statt)

Allgemeine Information

Entwicklungsstand des Kindes dem Alter entsprechend?

 ja nein

Beschreibung/Grund _____

Indikation

Diagnose

- J35.1 Hyperplasie der Gaumenmandeln
- J35.3 Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel
- H65.3 Chronische muköse Otitis media (Paukenerguss)
- J34.3 Hypertrophie der Nasenmuscheln
- Allergie (Benennung) _____
- Sonstiges (ICD-10) _____

- Tonsillengröße
- kissing tonsils
 - stark vergrößert
 - mäßig vergrößert

- Wurde bereits eine Tonsillektomie bei dem Patienten durchgeführt? ja nein
- Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden im vergangenen Jahr?
- Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden seit Geburt?

Symptome

- | | ständig | gelegentlich | selten | nie |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schnarchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OSAS bzw. Schnarchen mit Atemaussetzern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mittelohrinfekte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinkverhalten | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> reduziert | | |
| Essverhalten | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> reduziert | | |
| <input type="checkbox"/> Gedeihstörungen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Behinderung der Nasenatmung | | | | |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten | | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | | |

Präoperative Diagnostik

- Präoperative Diagnostik wurde durchgeführt
- Labordiagnostik wurde durchgeführt

Amtliche Bekanntmachungen

Operation

Datum der Operation

Ort der Operation

- eigene Praxis
 Belegkrankenhaus
 OP-Zentrum
 MVZ

Geräteart

- Lasergerät
 Coblationsgerät
 Radiofrequenzgerät

Typ _____

Art des Eingriffs

- Tonsillotomie
 Adenotomie
 Parazentese einseitig
 Parazentese zweiseitig

Intensität des Eingriffs

Wattzahl

Intensitätsregler auf Stufe

von max. Stufe

Operationsverlauf

- unproblematisch
 Komplikationen

Art der Komplikationen _____

Durchführung des

Eingriffs

- ambulant
 1 Nacht Verweildauer

Grund _____

OP-Blockierungszeit

 Minuten

Schnittnahtzeit

 Minuten

Nachbeobachtungszeit im Aufwachraum

 Minuten

Anwesenheit folgender Personen während der OP

- Anästhesist
 Anästhesieschwester
 OP-Schwester

Fotodokumentation vor und nach der OP gemäß Vertragsbedingungen liegt vor

 ja nein

OP Bericht wurde erstellt

 ja nein

Narkosejournal wurde erstellt

 ja nein

Arzneimittel

Ausgegebene Arzneimittel _____ Menge _____

1. Nachbehandlung

Datum der 1. Nachbehandlung

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen ja nein

Behandlung konservativ operativ

Bemerkung

 Arztstempel- und Unterschrift des Operateurs

Anlage 7: Postoperatives Merkblatt für die Eltern



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Postoperatives Merkblatt für die Eltern bzw. Sorgeberechtigten Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte!

Ihr Kind nimmt am Versorgungsvertrag Tonsillotomie teil. Mit diesem Merkblatt möchte ich Ihnen Informationen zu möglichen Komplikationen und wichtige Verhaltensregeln nach dem Eingriff mitgeben. Sollten Sie dringenden Rat benötigen, stehe ich Ihnen unter den unten stehenden Telefonnummern zur Verfügung.

1. Mögliche Komplikationen

Vorübergehende Komplikationen

Nach der Operation können Schluck- und Sprechbeschwerden sowie Geschmacksveränderungen auftreten. Auftretende Schmerzen wie Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Ohrenschmerzen oder Nackensteifigkeit können mit Hilfe von Medikamenten verringert werden. Bitte geben Sie Ihrem Kind nur die von mir verordneten/empfohlenen Medikamente und keine Schmerzmittel, die Acetylsalicylsäure enthalten (z.B. Aspirin®, Thomapyrin® oder Ähnliches). Es kann auch Fieber bis 39 – 40 Grad auftreten. Im Allgemeinen reicht es auch hier aus, Paracetamol zu verabreichen. Ein Antibiotikum ist selten erforderlich. Auf den Wundflächen bildet sich weißlich grauer Fibrinbelag, der von einem unerfahrenen Arzt mit Eiter verwechselt werden kann. Es handelt sich jedoch nicht um Eiter, sodass auch hier meist keine Antibiose nötig ist.

Immer wenn Sie das Gefühl haben, das ist nicht das Verhalten meines Kindes (verweigert Nahrungsaufnahme, trinkt nicht, ist weinerlich, spricht nicht) hat es vermutlich Schmerzen, auch wenn es nach außen nicht so aussieht. Dann seien Sie nicht sparsam mit Schmerzmitteln im Rahmen des Möglichen.

Seltene Komplikationen

Nach der Operation können bis zu 3 Wochen Nachblutungen auftreten, diese sind aber sehr selten. Nachblutungen sind durch Blutaustritt aus Nase oder Mund, Bluthusten und vermehrtes unwillkürliches Schlucken bemerkbar. In diesem Fall verständigen Sie mich sofort, da nur ein HNO-Arzt entsprechende Maßnahmen ergreifen kann (Ihr Kind muss sofort in einer HNO-Klinik behandelt werden.) Selten, vor allem bei bereits vorgeschädigten Zähnen, können Zahnschäden auftreten.

2. Verhaltensregeln nach dem Eingriff (ca. 1 Woche in Abhängigkeit von Beschwerden)

Körperliche Anstrengung

Ihr Kind sollte sich **körperlich nicht anstrengen!**

Essen/Trinken

Bitte geben Sie Ihrem Kind **keine harten Speisen** sowie **keine säurehaltigen Getränke und Speisen** (z.B. Bananen oder Tomaten). Ihr Kind kann jegliche Form von Gemüse, Kartoffelbrei, Nudeln (außer scharfe Soßen), Fleischpflänzchen, Hackbraten, Suppenfleisch, frische Suppen aus Hühnerfleisch, Rindfleisch oder Suppenknochen (keine Fertigsuppen) essen. Zu vermeiden sind Leberknödel oder Leberspätzle; Semmelknödel, Kartoffelknödel, Pfannkuchen, Kaiserschmarrn (ohne Puderzucker) o. Ä. sind erlaubt. Wichtig ist, dass Ihr Kind trinkt.

Baden

Bitte vermeiden Sie **heißes Baden** sowie **Haare waschen**. Am besten körperwarm vom Hals abwärts duschen! Bitte sehen Sie auch von Schwimmbad-, Saunabesuchen und Dampfbädern ab! Bei Kindern mit Trommelfellperforation: So lange bei einer Nachuntersuchung nicht festgestellt wurde, dass die Trommelfelle wieder geschlossen sind, darf **kein Wasser in den Gehörgang** kommen.

Sonnenbestrahlung

Bitte schützen Sie Ihr Kind nach dem Eingriff vor direkter Sonnenbestrahlung!

Sonstiges

Bitte achten Sie auch darauf, dass Ihr Kind **keinen engen Kontakt mit anderen kranken Kindern** hat.

Die nächste eventuell anfallende Schutzimpfung sollte **frühestens 4 Wochen nach dem Eingriff** durchgeführt werden. Bitte unternehmen Sie in den ersten Wochen nach der Operation **keine größeren Ausflüge**. Es muss sichergestellt sein, dass Ihr Kind im Fall einer stärkeren Blutung innerhalb kurzer Zeit versorgt werden kann.

3. Telefonische Erreichbarkeit

Bei dringenden Fragen erreichen Sie mich unter den folgenden Telefonnummern:

Praxis:

Handy:

Freundliche Grüße und eine baldige Genesung wünscht Ihnen und Ihrem Kind

Ihr

HNO-Arzt

Vertrag

zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
- vertreten durch den Vorstand -
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

und

der BVKJ Service GmbH, Köln
- vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Wolfram Hartmann -
(nachstehend BVKJ-Service GmbH genannt)

sowie

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW, Münster
- vertreten durch den Direktor -
(nachstehend LKK NRW genannt)
- zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau -

über ein erweitertes Präventionsangebot zur Durchführung der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U 10 und U 11 im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 73c SGB V

als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien
gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses

Anmerkung:

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

Präambel

Zwischen den verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche liegen zum Teil große zeitliche Abstände. Dies führt unter Umständen dazu, dass Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen nicht rechtzeitig erkannt werden und nur mit hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand wieder behoben werden können.

Um dem entgegenzuwirken, vereinbaren die Vertragspartner ein erweitertes Präventionsangebot (U 10 und U 11) zur Ergänzung der Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 1 Gegenstand und Ziele

Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte, Haus- und Fachärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes der Kinder/Jugendlichen achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch. Gegenstand dieser Vereinbarung sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind.

Unter Berücksichtigung der in der Präambel aufgeführten Zielsetzung regelt der vorliegende Vertrag die Anforderungen, Inhalte und Leistungen sowie die Vergütung des erweiterten Präventionsangebotes.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

1. Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der LKK NRW im Alter von 7 bis 8 Jahren für die U 10 bzw. im Alter von 9 bis 10 Jahren für die U 11.
2. Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Kinder- und Jugendärzte, für teilnehmende Fachärzte sowie für Hausärzte.

§ 3 Teilnahmeanforderungen für den Vertragsarzt

1. Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle Kinder- und Jugendärzte berechtigt.
2. Zusätzlich sind zugelassene Haus- und Fachärzte zur Teilnahme an dieser Vereinbarung berechtigt.
3. Der Kinder- und Jugendarzt beantragt seine Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 gegenüber der KV Nordrhein.
4. Fach- und Hausärzte, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 erfüllen, beantragen ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Nordrhein gemäß Anlage 2 und weisen dabei das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nach. Sofern die Teilnahmevoraussetzungen bereits für gleichlautende Vereinbarungen mit anderen Kassen/Kassenarten nachgewiesen wurden, gilt der Nachweis auch vorliegend als erbracht.
5. Die KV Nordrhein prüft die Voraussetzungen zur Teilnahme und informiert regelmäßig zu Anfang des Quartals, bei Bedarf häufiger, die LKK NRW anhand von aktualisierten Dateien über die teilnehmenden Ärzte. Diese Information erfolgt unter Angabe von Name, Anschrift, Telefonnummer, Telefax/E-Mailadresse und lebenslanger Arztnummer bzw. Betriebsstättennummer in elektronischer Form entsprechend der Anlage 3.

6. Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Einwilligung zur Teilnahme durch die KV Nordrhein mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Sie endet, wenn die der teilnehmende Arzt diese unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich kündigt. Die in Folge dieses Vertrages bereits begonnenen Behandlungen zuzüglich Dokumentationen sind vom Arzt zu Ende zu führen.

§ 4

Qualitätsanforderungen für den Vertragsarzt

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen U 10 und U 11 liegt im Aufgabenbereich des Kinder- und Jugendarztes.

Andere teilnehmende Ärzte (§ 3 Abs. 2) dürfen diese Leistungen ebenfalls auf der Grundlage dieses Vertrages abrechnen, wenn sie folgenden pädiatrischen Behandlungsschwerpunkt nachweisen:

- Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen.

Sämtliche am Vertrag teilnehmende Ärzte müssen mindestens 25 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie pro Jahr gegenüber der KV Nordrhein nachweisen. Eine kontinuierliche Teilnahme an einem von der KV Nordrhein oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkel mit pädiatrischer Ausrichtung (vier- bis sechsmal jährlich) im Rahmen der Qualitätssicherung ist verpflichtend. Es besteht auch die Möglichkeit, im Rahmen einer von der Ärztekammer/Akademie durchgeführten Fortbildungsveranstaltung im Fach Pädiatrie Zertifizierungspunkte zu erwerben.

Vertragsärzte, die eine Teilnahme an diesem Vertrag erklären und die zu Beginn noch nicht alle persönlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, weisen die Zertifizierungspunkte innerhalb von drei Monaten gegenüber der KV Nordrhein nach. Dies gilt auch für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel.

§ 5

Aufgaben des teilnehmenden Arztes

1. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen auf der Grundlage des vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erstellten Konzepts zu erbringen und zu Abrechnungszwecken im Untersuchungsheft des BVKJ zu dokumentieren. Der hiermit verbundene Verwaltungsaufwand ist mit der Vergütung nach § 8 abgegolten. Das Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche wird durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte vorgehalten. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Copyright der diesem Vertrag zugrunde liegenden Dokumentationsbögen bei der BVKJ Service GmbH liegt.

2. Ergibt die Untersuchung das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der teilnehmende Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden. Besondere Versorgungsangebote der LKK NRW sind hierbei zu berücksichtigen. Die freie Arztwahl der Versicherten (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 13 Abs. 3 BMV-Ä) ist ebenso zu beachten.

3. Der teilnehmende Arzt soll die akkreditierten strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V (Disease-Management-Programme) bei Versicherten der LKK NRW durchführen bzw. über diese informieren und ggf. auf eine Einschreibung hinwirken. Sofern der teilnehmende Arzt diese strukturierten Behandlungsprogramme nicht selber anbietet, sollen die Kinder und Jugendlichen an die an Disease-Management-Programmen teilnehmenden Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin überwiesen werden. Die freie Arztwahl der Versicherten (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 13 Abs. 3 BMV-Ä) ist zu beachten.

4. Der teilnehmende Arzt informiert die Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern oder Erziehungsberechtigten über die bestehenden Verträge der LKK NRW zur Integrierten Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin sowie darüber hinaus über die von der LKK NRW angebotenen Präventionsleistungen für Kinder- und Jugendliche.

5. Zu Beginn des jeweiligen Anspruches auf die in den Richtlinien sowie in diesem Vertrag vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen soll sich der teilnehmende Arzt, die Eltern oder Erziehungsberechtigten möglichst durch ein elektronisches Einladungssystem auf die bevorstehende Vorsorgeuntersuchung hinweisen und bei Nichterscheinen erinnern. Gleiches gilt auch für fällige Impfungen.

§ 6

Teilnahme der Versicherten

Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig. Sie schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.

§ 7

Anspruchsberechtigte Versicherte

1. Anspruchsberechtigt sind Kinder

- a. von 7 bis 8 Jahren für die U 10 und
- b. von 9 bis 10 Jahren für die U 11,

die bei der LKK NRW versichert sind und dies mit der Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Überweisungsscheins nachweisen.

2. Der Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Vertrag erlischt vorbehaltlich des § 19 Abs. 2 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

§ 8 Vergütung

1. Folgende Leistungen werden unter den nachfolgend festgelegten Symbolziffern extrabudgetär vergütet:
 - „Untersuchung U 10“: Grundschulcheck 35,00 €
U 10 Symbolziffer: 91710
 - Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens gemäß Anlage 4: 15,00 €
U 10 Symbolziffer: 91711
 - „Untersuchung U 11“ 35,00 €
U 11 Symbolziffer: 91712
 - Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens gemäß Anlage 5: 15,00 €
U 11 Symbolziffer: 91713
2. Die Privatliquidation und/oder die Forderung einer Zuzahlung gegenüber den Versicherten der LKK NRW für die vorgenannten Leistungen sowie die hiermit verbundenen Tätigkeiten sind unzulässig.
3. Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

§ 9 Abrechnungsverfahren

1. Der teilnehmende Arzt rechnet die vereinbarten Leistungen gegenüber der KV Nordrhein quartalsweise ab. Die Leistung kann einmalig je Kind abgerechnet werden.
2. Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 520 erfasst und separat unter den in § 8 genannten Symbolziffern ausgewiesen. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Nordrhein, der Zahlungstermine, der sachlich/rechnerischen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.
3. Die Vergütung wird im KT-Viewer gesondert ausgewiesen.
4. Die KV Nordrhein ist berechtigt, gegenüber den Ärzten die üblichen Verwaltungskostensätze in Abzug zu bringen. Darüber hinaus wird die KV Nordrhein gegenüber den teilnehmenden Ärzten zusätzlich 1,7% von der jeweiligen Vergütung einbehalten und an die BVKJ Service GmbH für deren Leistungen (u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des BVKJ) abführen.

§ 10 Dokumentation, Evaluation

Der teilnehmende Arzt archiviert jeweils eine Kopie der Dokumentationsbögen für mindestens zwei Jahre in der Praxis. Die KV Nordrhein behält sich das Recht auf Einsichtnahme in die Dokumentationen innerhalb der Archivierungszeit vor. Über die Inhalte einer Evaluation, basierend auf den Dokumentationsbögen, verständigen sich die Vertragspartner zu einem späterem Zeitpunkt. Etwaige Kosten der Evaluation sind mit den in § 8 genannten Vergütungen abgegolten.

§ 11 Datenschutz

Die vertragsschließenden Parteien sowie die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte sind verpflichtet, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die vertragsschließenden Parteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach dem Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

§ 12 Verstöße gegen diesen Vertrag durch den teilnehmenden Arzt

1. Bei Verstößen gegen diesen Vertrag kann die KV Nordrhein unbeschadet gesetzlicher Regelungen je nach Schwere des Verstoßes im Namen aller Vertragspartner folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Verwarnung bei Nichterfüllung der obliegenden Pflichten mit Fristsetzung zur Erfüllung der Vertragsinhalte,
 - Vergütungskürzung bei ausbleibender Abhilfe des Verstoßes gegen diesen Vertrag und bei nicht erfüllten Pflichten der teilnehmenden Ärztin/des teilnehmenden Arztes,
 - Widerruf der Teilnahmegenehmigung mit sofortiger Wirkung bei schwerwiegenden Verstößen.
2. Als Verstöße gegen diesen Vertrag gelten insbesondere:
 - Abrechnung nicht (persönlich) erbrachter Leistungen,
 - unzureichende oder nicht erbrachte Dokumentationen gemäß dieses Vertrages,
 - Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung nach § 4.

§ 13 Schriftform

Nebenabreden zu diesem Vertrag bestehen nicht. Änderungen und/oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den Verzicht auf dieses Schriftformerfordernis selbst.

§ 14 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am Nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 15 Schlussbestimmungen

Sollten die Inhalte dieser Vereinbarung zur Gänze oder in Teilen durch Gesetz, Verordnung oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, so werden die entsprechenden Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam.

§ 16 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

1. Der Vertrag gilt ab dem 01.01.2012 und kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden.
2. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Ein außerordentliches Kündigungsrecht besteht insbesondere bei Änderung gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen sowie bei Verstößen gegen diesen Vertrag.
3. Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss während der Laufzeit dieses Vertrages eine Entscheidung zur Aufnahme einer oder mehrerer Kindervorsorgeuntersuchungen aufgrund der entsprechenden Richtlinien trifft, tritt der Vertrag vorbehaltlich anderweitiger Absprachen der Vertragspartner mit dem Inkrafttreten einer entsprechenden EBM-Regelung des Bewertungsausschusses außer Kraft.

Düsseldorf, Münster, Solingen, den 01.12.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BVKJ-Service GmbH
gez. Dr. Wolfram Hartmann
Geschäftsführer

Dr. Thomas Fischbach
Landesverbandsvorsitzender Nordrhein

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Arztes (siehe Seite 117)
Anlage 2 Untersuchung und Dokumentation der U 10 und U11 (siehe Seite 118)

Verwaltungskostensatz der KV Nordrhein

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2012 von EUR 88.400.000,00, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 3,5 % des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-unterstützt vornehmen, zahlen 2,6 %. Für Online-Abrechnungen mit digitaler Gesamtaufstellung unter Verwendung einer qualifizierten Signatur wird ein Verwaltungskostensatz von 2,3 % erhoben. Für Abrechnungen über KV SafeNet und / oder D2D gilt ein Verwaltungskostensatz von 2,5 %.

Zusätzliche Verwaltungskostensätze für Praxisnetze / Notfallpraxen im Bereich KV Nordrhein werden zur Deckung der dort anfallenden Kosten lt. § 13 Abs. 3 der Satzung der KVNO bei Bedarf vom Vorstand festgesetzt.

Düsseldorf, 03.12.2011

gez. Dr. Bergmann
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Arztes

**Teilnahmeantrag
Kinder – und Jugendärzte**

**zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
U 10 und U 11m Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

zwischen

der KV Nordrhein, der BVKJ Service GmbH und der LKK NRW

(Bitte an die für Sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein übersenden)

An:
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung-
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Fax-Nr. 02 11/59 70-85 74

oder

An:
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung-
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
Fax-Nr. 02 21/77 63-65 50

Titel, Name, Vorname: _____

BSNr.: _____

LANr.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zum oben genannten Vertrag.
2. Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt.
3. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
4. Ich erkläre mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme unwiderruflich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostensatz quartalsweise eine Gebühr in Höhe von 1,7 % für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen an die BVKJ Service GmbH für deren Leistungen abführt u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des BVKJ.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)

Anlage 2 Untersuchung und Dokumentation der U 10 und U11

**Teilnahmeantrag
des Hausarztes / des Facharztes**

**zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
U 10 und U 11m Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

zwischen

**der KV Nordrhein, der BVKJ Service GmbH und der LKK NRW
(Bitte an die für Sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein übersenden)**

An: _____ oder _____
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung-
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Fax-Nr. 02 11/59 70-85 74

An: _____
KV Nordrhein
Bez.-Stelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung-
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
Fax-Nr. 02 21/77 63-65 50

Titel, Name, Vorname: _____

BSNr.: _____

LANr.: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Fax: _____

E-Mail-Anschrift (optional): _____

- (1) Hiermit erkläre ich meine Teilnahme zum oben genannten Vertrag.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen des Vertrages für die Teilnahme erfülle.
Hausärzte und Fachärzte:
 - Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen.
 - **Bitte Nachweise beifügen, sofern diese der KV Nordrhein noch nicht vorliegen!**
 - jährlicher Nachweis von mind. 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie
 - 4 bis 6-malige Teilnahme an einem pädiatrischen Qualitätszirkel pro Jahr alternativ Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung im Fach Pädiatrie der Ärztekammer.
- (3) Ich werde die Regelungen des Vertrages gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages geltend gemacht werden, nicht gegenüber dem Patienten selbst geltend gemacht werden dürfen. Die erbrachten Leistungen werden gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt.
- (4) Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen werden kann und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Über mögliche rechtliche Konsequenzen bin ich informiert.
- (5) Ich erkläre mich für die Dauer meiner Vertragsteilnahme unwiderruflich damit einverstanden, dass die KV Nordrhein ergänzend zu dem üblichen Verwaltungskostensatz quartalsweise eine Gebühr in Höhe von 1,7 % für die nach diesem Vertrag abgerechneten Leistungen an die BVKJ Service GmbH für deren Leistungen abführt u. a. kostenlose Zurverfügungstellung der Untersuchungshefte des BVKJ.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)