

Gesamtvertrag vom 04. Dezember 2001

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

und den Verbänden der Ersatzkassen

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,

sowie

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,

vertreten durch

die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

- einerseits -

und

die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

- andererseits -

schließen unter Bezugnahme auf § 83 SGB V folgenden Gesamtvertrag.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
§ 1 Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 2 Ambulante vertragsärztliche Versorgung	4
§ 3 Notfallbehandlungen	4
§ 4 Abrechnung und Vergütung der stationären belegärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit	4, 5
§ 5 Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	5, 6
§ 6 Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen	6
§ 7 Vertragsarztstempel	6, 7
§ 8 Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte	7
§ 9 Verteilung der Vordrucke	8
§ 10 Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen	8, 9
§ 11 Erfüllung von Ersatzansprüchen	9
§ 12 Zusammensetzung der Schlichtungsstelle	9, 10
§ 13 Beteiligung an den Verwaltungskosten	10
§ 14 Berechnung der Gesamtvergütung	10
§ 15 Zahlung an den Vertragsarzt	10, 11
§ 16 Ergänzende Unterlagen (Unterbelege zum Formblatt3/3A)	11
§ 17 Inkrafttreten und Kündigung	11, 12

Anlagen

1. Honorarvertrag
2. Vergütung der stationären belegärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit
3. Vergütungsregelung zur Impfvereinbarung
4. Ergänzende Unterlagen (Unterbelege zum Formblatt 3/3 A)
5. Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei ambulanter Dialysebehandlung
6. Strukturvertrag gemäß § 73 a SGB V zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung
7. Diabetes-Vereinbarung
8. Aids-Vereinbarung
9. Umweltmedizin-Vereinbarung

Anhang

1. Regelung zum Bezug von Impfstoffen
2. Sprechstundenbedarfsvereinbarung
3. Prüfvereinbarung
4. Vereinbarung nach § 83 Abs. 2 SGB V über die Durchführung von Plausibilitätskontrollen
5. Vereinbarung über die Zahlung von Kostenpauschalen bei der Durchführung von ambulanten LDL-Eliminations-Behandlungen

§ 1

Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Gesamtvertrag regelt die besonderen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen.

Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Arzt-/ Ersatzkassenvertrages in der Fassung ab 1. Juli 1994.

- (2) Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Deutsche Angestellten-Krankenkassen (DAK), Hamburg

Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg

Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover

Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HaMü), Hamburg

Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg

Handelskrankenkasse (HKK), Bremen

Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd

HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe, Hamburg

BRÜHLER – Die Ersatzkasse, Solingen

Buchdrucker-Krankenkasse (BK), Hannover

Krankenkasse "Eintracht" (KKE), Heusenstamm

- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Die Bewertung der im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und den Anlagen zu diesem Vertrag. Leistungen, die nicht in der E-GO aufgeführt sind, können nicht berechnet werden, es sei denn, dass zwischen den Vertragspartnern eine Vereinbarung über die Vergütung solcher Leistungen als Anlage zu diesem Vertrag abgeschlossen worden ist.

§ 3

Notfallbehandlungen

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) vergütet. Für die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Anwendung.
- (2) Ambulante Notfall-Leistungen der Krankenhäuser sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt. Die Ersatzkassen erklären ihre Bereitschaft, in begründeten Einzelfällen entsprechende Kontrollen auszuüben.

§ 4

Abrechnung und Vergütung der stationären belegärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit

- (1) Abrechnungsfähig für den Belegarzt sind die
 - von ihm oder seinem Vertreter erbrachten Leistungen,
 - von einem durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen,
 - von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegarztpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,

- besonderen Entgelte für den vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 31 Abs. 6 Arzt/Ersatzkassenvertrag.
- (2) Die Vergütung für die Leistungen der gem. § 32 des Arzt/ Ersatzkassenvertrages anerkannten Belegärzte richtet sich nach der auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vereinbarten Ersatzkassen-Gebührenordnung sowie den zwischen den Vertragspartnern getroffenen gesonderten Vereinbarungen über die Vergütung zur stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gem. Anlage 2, welche Bestandteil dieses Vertrages ist.
 - (3) Stationäre Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung auf einem Überweisungsschein abgerechnet. Das Feld "belegärztliche Behandlung" ist anzukreuzen.

§ 5

Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung

- (1) Zugezogene Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt mit der Krankenversichertenkarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld "bei belegärztlicher Behandlung" angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6) ebenfalls gem. der Ersatzkassen-Gebührenordnung und der Anlage 2 ab.
- (2) Ambulante, vor stationärer Krankenhausaufnahme durchgeführte Untersuchungen durch einen ermächtigten angestellten Arzt für Anästhesie zur Feststellung der Narkosefähigkeit sowie Leistungen zur Planung und Durchführung einer Narkose/Anästhesie als Voraussetzung eines stationären operativen Eingriffs werden diesem Arzt nicht vergütet. Dies gilt auch, wenn diese Untersuchungen durch andere ermächtigte angestellte Krankenhausärzte durchgeführt werden.
- (3) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V zur konsiliarärztlichen Untersuchung oder Behandlung hinzugezogen, so werden seine Leistungen nicht im Rahmen der ver-

tragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies gilt nicht bei Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen.

- (4) Leistungen am Aufnahmetag und ggf. im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn der Tag der Leistung und der Aufnahmetag nicht identisch sind.

§ 6

Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen

Sofern der Zulassungsausschuss Ärzten, die für mehrere Gebiete zugelassen bzw. ermächtigt sind sowie fachverbindenden Gemeinschaftspraxen von Ärzten mit unterschiedlichen Gebiets- bzw. Teilgebietsbezeichnungen keine Auflage zur Kennzeichnung ihrer Abrechnung in der Weise erteilt hat, das daraus hervorgeht, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat, sind in begründeten Fällen diese Ärzte dennoch verpflichtet, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung oder des VdAK/AEV für künftige Abrechnungsquartale entsprechend differenzierte Abrechnungen vorzulegen.

§ 7

Vertragsarztstempel

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KV. Der Arztstempel muss folgende Angaben enthalten:

- Arztnummer
- Name des Arztes
- Gebietsbezeichnung des Arztes
- Niederlassungsort

- (2) Der Verlust des Arztstempels ist der KV unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KV zurückzugeben.

§ 8

Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte

- (1) Für die Prüfung der Anspruchsberechtigung der Versicherten auf vertragsärztliche Behandlung und die Übernahme personenbezogener Daten von der Krankenversichertenkarte oder papiergebundenen Behandlungsausweisen sowie die Übernahme dieser Daten auf vereinbarte Vordrucke gelten die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages (u.a. §§ 23,24 AEKV).
- (2) Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Eine Haftung der Vertragsärzte bzw. der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für Behandlungs- und Verordnungskosten, die durch Vorlage von nicht offensichtlich gefälschten oder erkennbar ungültigen Krankenversichertenkarten veranlasst werden, ist ausgeschlossen.
- (3) Ist beim Einsatz einer ordnungsgemäßen Krankenversichertenkarte das Ergebnis des EDV-gestützten Verarbeitungsvorganges fehlerhaft, scheidet eine Haftung der Krankenkasse aus. Die Ersatzkassen treffen geeignete Maßnahmen, dass keine falschen Versichertenkarten im Umlauf sind.
- (4) Für Schäden (z. B. Nacherfassungskosten von Verordnungen), die bei offensichtlich nicht sorgfältiger Übertragung der übernommenen Daten und Angaben auf den vereinbarten Vordrucken entstehen, ist der Vertragsarzt gegenüber der Krankenkasse zum Ersatz verpflichtet. Die Kassenärztliche Vereinigung erfüllt den nachgewiesenen Ersatzanspruch durch Aufrechnung gegenüber der Honoraranforderung des Vertragsarztes.

§ 9

Verteilung der Vordrucke

Die gemäß § 6 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke werden dem Vertragsarzt von seiner Kassenärztlichen Vereinigung bzw. einer von ihr benannten Stelle zur Verfügung gestellt.

§ 10

Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt den Ersatzkassen und ihren Verbänden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 ihr Prüfregelwerk für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in der jeweils gültigen Fassung auf Papier und auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
- (3) Sofern und soweit die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, werden von den Ersatzkassen sowie von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Gut- und Lastschriften bei Zustellung der Mitteilung an das am weitesten zurückliegende noch nicht abgeschlossene Quartal im Formblatt 3/3A verbucht.
- (4) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnung nach Absatz 1 kann die Ersatzkasse nach § 34 Absatz 5 AEKV formlose Anträge mit Angabe der Arzt- und Fallnummer und des Quartals auf sachliche und rechnerische Berichtigung innerhalb von fünf Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung stellen. Über den Berichtigungsantrag erhält der betreffende Vertragsarzt einen Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine

Mehrfertigung dieses Bescheides stellt die KV der antragstellenden Ersatzkasse zur Verfügung. Die Berichtigungsanträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten abschließend zu bearbeiten.

- (5) Die Ersatzkasse hat das Recht, die Entscheidung der KV innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der KV zu beanstanden. In diesen Fällen ist innerhalb von zwei Monaten ein Einigungsgespräch zwischen der KV und der antragstellenden Ersatzkasse zu führen. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist eine Entscheidung der AG § 50 AEKV einzuholen, die für die endgültige Entscheidung der KV gegenüber dem Vertragsarzt verbindlich ist. Der Vertragsarzt hat das Recht, gegen die Entscheidung der KV innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Ist nach Auffassung der KV dem Widerspruch abzuhelpfen, ist innerhalb von zwei Monaten ein Einigungsgespräch zwischen der KV und der antragstellenden Ersatzkasse zu führen. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist eine Entscheidung der AG § 50 AEKV einzuholen, die für die endgültige Entscheidung der KV gegenüber dem Vertragsarzt verbindlich ist. Das Widerspruchsverfahren ist bis zur Entscheidung der AG § 50 AEKV auszusetzen.

§ 11

Erfüllung von Ersatzansprüchen

Von den Prüfungseinrichtungen oder der KV (gem. §§ 44 und 45 AEKV) rechtswirksam festgesetzte Regress- oder Schadensersatzforderungen der Vertragskassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden; soweit eine aufrechnungsfähige Honoraranforderung des Vertragsarztes nicht besteht, zieht die Kassenärztliche Vereinigung die Forderung aus dem Bescheid ein. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die Kassenärztliche Vereinigung die Forderung an die Vertragskasse ab.

§ 12

Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein errichtet bei jeder Bezirksstelle eine Schlichtungsstelle gem. § 45 AEKV. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung

und der Ersatzkassen in gleicher Zahl. Sie hat vier Mitglieder. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar eines jeden Jahres. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 13

Beteiligung an den Verwaltungskosten

Die Ersatzkassen entrichten für die Durchführung des Vertrages einen Verwaltungskostenbeitrag von 0,3 % aus der Gesamtvergütung je Ersatzkasse nach Maßgabe der bis zum 31.12.1993 gültigen Regelungen.

§ 14

Berechnung der Gesamtvergütung

Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird gemäß § 85 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der Ersatzkassen-Gebührenordnung berechnet. Die Berechnungsart sowie die Höhe der Gesamtvergütung wird von den Vertragspartnern i.R. eines Honorarvertrages vereinbart, welcher Bestandteil dieses Vertrages ist (Anlage 1).

Für den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen gelten die einschlägigen Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

§ 15

Zahlung an den Vertragsarzt

- (1) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit, ggf. auch auf Wirtschaftlichkeit und Feststellung eines sonstigen Schadens gem. §§ 44 und 45 AEKV durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

- (2) Bei Tod, Aufgabe der Praxis und Wegzug aus dem KV-Bereich sowie Entzug der Zulassung ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verpflichtet, auf begründeten Antrag der Ersatzkasse bzw. des VdAK/AEV weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig oder Schadensersatzforderungen gem. §§ 44 und 45 Arzt-/Ersatzkassenvertrag geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die Kassenärztliche Vereinigung den rechtswirksamen Abschluss der Prüfung oder eine Feststellung einer Schadensersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

§ 16 **Ergänzende Unterlagen** **(Unterbelege zum Formblatt 3/3A)**

Gemäß § 37 Arzt/Ersatzkassenvertrag i.V. mit der Anlage 6 zum Arzt/Ersatzkassenvertrag liefern die Kassenärztlichen Vereinigungen jeder Ersatzkasse einen Einzelfallnachweis je Arzt und je ärztlich geleiteter Einrichtung sowie das Formblatt 3/3A.

Ergänzend hierzu übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen jeder Ersatzkasse gemäß § 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum Arzt/Ersatzkassenvertrag einen Unterbeleg zum Formblatt 3/3A (Anlage 6), aus dem sich alle Verrechnungspositionen (z.B. D.. 45 , D ..67 und F-Positionen) nachvollziehen lassen.

§ 17 **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am **01. Januar 2002** in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2002 gekündigt werden. Die Anlagen dieses Vertrages können mit einer Frist von drei Monaten zum Kalendervierteljahr gekündigt werden. Die Kündigung hat per Einschreibebrief zu erfolgen.

- (3) Für die Anlagen können von den vorstehenden Regelungen abweichende Kündigungsfristen vereinbart werden.
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass für den Zwischenzeitraum vom 01. Juli 1994 bis zum 31. Dezember 2001 nach den Bestimmungen des bis zum 30. Juni 1994 geltenden Arzt/Ersatzkassenvertrages verfahren wurde.

Düsseldorf, den 04.12.2001

**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

gezeichnet

Dr. Leonhard Hansen

Vorsitzender

Düsseldorf, den 21.02.2002

**VdAK/AEV Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen**

gezeichnet

Wolfgang Mudra

Leiter der Landesvertretung

Ergänzungsvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 04.12.2001

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
- vertreten durch den Vorstand -
(nachstehend KVNo 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

Im Folgenden verständigen sich die Vertragspartner - ergänzend zu den Regelungen des Gesamtvertrages sowie der Anlage 1 des Gesamtvertrages - über

- 1) die Aktualisierung der Anlage A 1 zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Verwaltungskosten),
- 2) die Meldung/Anrechnung der Kostenerstattungsfälle gemäß § 13 Abs. 2 SGB V.
- 3) die Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V im Bereich der Psychotherapie

Diese Vereinbarung gilt ab dem 01.01.2011 und kann mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2012, gekündigt werden.

Kommt bis zum Ablauf dieser Vereinbarung eine neue Vereinbarung nicht zu Stande, gelten die Regelungen dieser Vereinbarung zunächst weiter.

ad 1)

Aktualisierung der Anlage A 1
zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
(Verwaltungskosten)

1. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass die Ersatzkassen zusätzlich zur morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einen Betrag i. H. v. 0,25 % zur Abgeltung der Verwaltungskosten an die KV Nordrhein entrichten. Dieser Betrag wird auf der Grundlage der geltenden gesamtvertraglichen Absprachen im Jahr 2010 verwendet.
2. Die technische Umsetzung erfolgt über eine aktualisierte Anlage A1 zu den Vergütungsverträgen ab dem Jahr 2011 Teil A (kassenseitig). Die nach der Anlage A1 ermittelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird jeweils um den Faktor 1,0025 angehoben. Dies erfolgt durch Ergänzung in der vorletzten und letzten Zeile der jeweiligen Anlage A1. Die Anlage A1 für das Jahr 2011 ist dieser Vereinbarung beigefügt. Der Austausch der für die Ersatzkassen für die jeweiligen Folgejahre gültigen Fassung der Anlage A1 erfolgt auf dem Schriftwege im Nachgang zu den entsprechenden Vergütungsverhandlungen.
3. Diese gesamtvertragliche Regelung ersetzt die Regelung des § 13 des Gesamtvertrages vom 04.12.2001 und gilt ab dem 01.01.2011.

ad 2)

Meldung/Anrechnung der Kostenerstattungsfälle gem. § 13 Abs. 2 SGB V

Die Vertragspartner verständigen sich – abweichend von § 1 Abs. 3b des Honorarvertrages - bezüglich der Meldung bzw. Anrechnung der Kostenerstattungsfälle gemäß § 13 Absatz 2 SGB V ab dem Jahr 2011 auf folgende Vorgehensweise:

1. Die Zahl der gemeldeten Kostenerstattungsfälle gemäß § 13 Abs. 2 SGB V für das jeweils aktuelle Quartal wird bei der Ermittlung und Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einem Anteil i. H. v. 50 % berücksichtigt.
2. Die Zahl der Versicherten, die bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Ausgangszeitraum zu berücksichtigen ist, wird nicht entsprechend des vorstehenden Satzes gemindert.
3. Die Meldung der Kostenerstattungsfälle erfolgt über die Anlage A1.1 des Honorarvertrages.
4. Bei den zu erstellenden Quartalsabrechnungen werden die von den Ersatzkassen nach Anlage A1.1 gemeldeten Versichertenzahlen entsprechend berücksichtigt.
5. Diese Regelungen gelten gleichermaßen für Wehr-, Zivil- und Grenzschutzpflichtdienstleistende.

ad 3)

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 im Bereich der Psychotherapie

Die Vertragspartner verständigen sich bezüglich der Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V im Bereich der Psychotherapie auf folgende Regelungen:

1. In den Jahren ab 2011 werden zulässige Kostenerstattungen für psychotherapeutische Leistungen bis zu einer Obergrenze von max. 600.000 EURO p. a. mit der Gesamtvergütung verrechnet.
2. Die Ersatzkassen reichen hierzu quartalsweise eine Zusammenfassung gem. Anlage 1 bei der KV Nordrhein ein.
3. Hinsichtlich der Rechnungszuordnung ist der Erstattungszeitpunkt maßgeblich.
4. Die psychotherapeutischen Leistungen werden mit dem Orientierungswert i. H. v. 3,5048 Cent vergütet.
5. Für die Feststellung des Erreichens der Obergrenze führt der vdek quartalsweise die zugunsten der Ersatzkassen gezahlten Erstattungen zusammen und teilt diese der KV Nordrhein mit. Sollte aufgrund des Quartalsbezugs zunächst von den Ersatzkassen ein die Obergrenze von 600.000 EURO überschreitender Betrag abgezogen worden sein, werden die Ersatzkassen diesen Überschreibungsbetrag an die KV Nordrhein zurück überweisen. Die Aufteilung der kassenspezifischen Rückzahlungsbeträge koordiniert die vdek Landesvertretung NRW.

Düsseldorf, den 30.03.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

gezeichnet

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

gezeichnet

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

gezeichnet

Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung NRW