

Teil B

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

§ 1 Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

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

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder auf Grund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,
- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

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

2) Rechnungslegung

a) Einreichung der Abrechnung

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

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

b) Abrechnung mittels Datenträger oder im Wege elektronischer Datenübertragung

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

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

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

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

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

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

c) Persönliche Rechnungslegung

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

3) Kennzeichnungspflichten

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

4) Gesamtaufstellung

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

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Fristen für die Abgabe der Abrechnungsunterlagen werden von der einzelnen Bezirksstelle festgelegt.

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

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

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

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

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

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

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

6) Print-Images und Aufbewahrung

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

7) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Überweisungsscheine

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

b) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung.

Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummern für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Abrechnung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

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

tes unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen.

c) Direktabrechnung für Laborgemeinschaften

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

d) MKG-Chirurgen

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

e) Aufwandserstattungen

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

f) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

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

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

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

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

8) Belegärztliche Tätigkeit

a) Grundsatz

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

b) Einzelne Abrechnungsregeln

- (1) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.
- (2) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
- (3) Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus Abschnitt 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die Voraussetzungen der §§ 25 und 11 BMV-Ä bzw. §§ 28 und 39 EKV erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.
- (4) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die Nr. 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die Nr. 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
- (5) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.

c) Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

d) Hinzugezogene Vertragsärzte

Vom Belegarzt zur Durchführung von Assistenz- oder Anästhesieleistungen hinzugezogene Vertragsärzte rechnen nach den Bestimmungen des jeweils geltenden EBM ab; die Vergütung der Leistungen gegenüber den hinzugezogenen Vertragsärzten erfolgt nach § 7 Abs. 2h).

Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den geltenden Vergütungsregeln für die hinzuziehenden Belegärzte (§ 3 für Leistungen des Kapitels 36 EBM und § 7 Abs. 2h) für Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM) ab-

gegolten.

§ 2 Sachlich-rechnerische Berichtigung

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

§ 3 Vergütungsgrundsätze

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

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

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

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

§ 4

Rückstellungen nach Beschluss Teil G

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

§ 5

Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

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

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

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

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

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage B4, die in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, verwiesen. Sie umfasst die nachfolgenden Schritte.

Schritt 1

Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Schritt 2

Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Schritt 3

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

Schritt 4

Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Schritt 5

Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

Schritt 6

Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

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

3) Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Zuweisung RLV und QZV

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen.

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

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

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

b) Verrechnung

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

4) Praxisverlegung

Ist anzunehmen, dass bei einer Praxisverlegung im wesentlichen nicht mehr die gleichen Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann von einer Neuzulassung ohne Praxisvorgänger im Sinne von Abs. 2 ausgegangen werden mit der

Folge, dass der arztgruppenspezifische Durchschnitt angesetzt werden kann. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 7,5 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 15 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.

5) Information der Vertragspartner

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

§ 6

Ausnahmeregelungen

1) Zuschläge auf das RLV

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

- a) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - (1) urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - (2) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - (3) eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hier zählt z.B. Krankheit des Arztes

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

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

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

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

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

- b) In begründeten Fällen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag oder von Amts wegen aus Sicherstellungsgründen Zuschläge auf das arzt-/praxisbezogene RLV bewilligen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen.
- c) Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen

Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM kann das RLV entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

- d) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses Vertrages die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu beschließen.

2) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die ab dem 01.01.2007 erstmalig zugelassen sind, wird jeweils für die Dauer von 12 Niederlassungsquartalen mindestens das arztgruppendurchschnittliche RLV für das jeweilige Quartal zugewiesen oder die Werte eines Praxisvorgängers – grundsätzlich ohne Fallwertzuschläge - im Vorjahresquartal, sofern diese höher sind. Haben neue Ärzte, die bei der Zuweisung des RLV zugrunde gelegten Fallzahlen im aktuellen Abrechnungsquartal überschritten, werden diese bei der Abrechnung anerkannt. Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen bei der Abrechnung anerkannt. Die Anstellung – mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V - steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.

Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von Berufsausübungsgemeinschaften gelten arztbezogen die jeweiligen Werte fort. Liegen derartige Werte nicht vor, sind Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen zu berücksichtigen. Die Regelung findet auf die Zuweisung von QZV entsprechende Anwendung.

3) Praxisbesonderheiten

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

4) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

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

§ 7

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

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

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

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

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

- a) Die Vergütung für die in Anlage B4 Schritt 1, zweiter Punkt aufgeführten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des § 8 Abs. 3. Die in Anlage B4 Schritt 1, dritter und vierter Punkt aufgeführten Bereiche werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt.
- b) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach Anlage B4 Schritt 2, Abs. 1e) und Abs. 2e) erfolgt nach § 8 Abs. 3, es sei denn die Leistungen sind in Anlage B5 aufgeführt.
- c) Die Vergütung der in Anlage B4 Schritt 2, Abs. 1f) bis k) und Abs. 2f) bis v) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente - soweit sie gebildet worden sind - überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro - Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent. Dabei erfolgt die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen in Abs. 1h) und Abs. 2k) abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.
Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2w) gebildeten eigenständigen Kontingent.
- d) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. Kapitel 11 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der im übrigen in Anlage B4 Schritt 2 aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bzw. den regionalen Vereinbarungen.

- f) Die Vergütung der gemäß Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro - Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro - Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage B4 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.
- g) Die Nr. 5048 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 1 Abs. 8c) wird mit 2,42 Euro vergütet.
- h) Die Vergütung der belegärztlichen Leistungen außerhalb von Kapitel 36 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
- die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der Nrn. 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der Nr. 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60 % der Vergütungssätze
 - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 EBM nach Umrechnung in Punkte durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 EBM bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 EBM, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkte ergibt, mit 60 % der Vergütungssätze
 - die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie nach der Nr. 34502 EBM mit 20 % der Vergütungssätze vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 EKV die Vergütung mit der Maßgabe, dass

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld mit 70 % der Vergütungssätze
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM, und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70 % der Vergütungssätze

- bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60 % der Vergütungssätze vergütet werden.

§ 8 Psychotherapeutische Leistungen

1) Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 4 je Abrechnungsquartal zugewiesen. Nach § 5 Abs. 6 Nr. 1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowohl Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, als auch Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90% überschreiten.

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

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

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

2) Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für psychotherapeutische Leistungen

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung u.a. zur Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen wird gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6. vom 02. 09. 2009 ermittelt, wobei das Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,1722% aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Nr. 3.3 enthalten ist.

3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6

SGB V genannten Arztgruppen erfolgt die Vergütung aus dem Vergütungsvolumen nach Anlage B4 Schritt 1, zweiter Punkt, von dem 2% für die Vergütung abgestaffelter Leistungen in Abzug gebracht werden. Die Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt aus dem Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B4 Schritt 2, Abs. 2e). Die Vergütung für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, erfolgt je nach Zugehörigkeit des Leistungserbringers zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich aus dem Verteilungsvolumen des haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 1e) oder Abs. 2e).

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

§ 9 Erstattung von Kosten

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

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

§ 10 Wegegelder und Wegepauschale

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

- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 01721 EBM abrechenbar. Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:
- | | |
|--|------------|
| bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415 oder 05230 EBM | Euro 1,85 |
| bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N | Euro 2,92 |
| bei Besuchen nach den Nrn. 01410 und 01721 EBM | Euro 1,52. |

§ 11

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

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

- a) die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von Kosten
- b) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten der nordrheinischen Krankenkassen-/Verbände nach der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen
- c) Abzüge der Bareinnahmen aus Praxisgebühr
- d) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
- e) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger
- f) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
- g) die Höhe des Abzuges für das Ärztliche Hilfswerk
- h) Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V
- i) Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zukünftiger Forderungen
- j) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag.

2) Honorarzahlen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit 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.

Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20%, höchstens jedoch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten Gesamthonorars abzüglich der Bar-einnahmen an Praxisgebühr der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVV, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.

- b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

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

5) Aussetzung von Honorarzahllungen

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

§ 12 Überleitungsvorschrift

Zur Überleitung der Vergütung von Notfällen, die von Krankenhäusern in dem Zeitraum von I/99 bis IV/06 erbracht worden sind, wird bestimmt, dass – soweit über die Honorierung nicht bereits bestandskräftig entschieden wurde – der Punktwert für die Vergütung quartalsweise aus der Division der Summe der Vergütungsanteile für Leistungen im organisierten Notfall-

dienst und der Vergütungsanteile für Notfalleistungen durch Krankenhäuser durch das für Notfalleistungen abgerechnete Gesamtpunktzahlvolumen ermittelt wird. Die Differenz zwischen dem jeweils ausgekehrten Vergütungspunktwert zu dem ermittelten Punktwert wird unter Berücksichtigung des 10 %igen Investitionskostenabschlages bei Krankenhäusern für den anerkannten Leistungsbedarf für Notfallbehandlungen durch das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Quartal unter Abzug der Verwaltungskosten nachvergütet.

§ 13 Haftungsausschluss

1) Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

2) Verfahrenskosten

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

§ 14 Laufzeit

Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.10.2010 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2010. Sie verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn sie nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einem Vertragspartner die Kündigung rechtzeitig zugeht. Einvernehmliche Änderungen dieses Vertrages sind auch ohne Kündigung möglich.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

(Vertragsarztstempel der Praxis)

4. Quartal 2010

Eingang	
Annahme	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Grobsort	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Gesamtaufstellung

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

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



1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

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

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

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

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

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

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

Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst

Ich versichere/Wir versichern,

die am/ an folgenden Tagen.....

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

Bitte wenden.
Unterschrift/en rückseitig. Danke.

Anlage B1

Abrechnung von Überweisungsscheinen

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

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

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

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

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

Art der Abrechnung

Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger:

Onlineabrechnung

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

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

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

.....

4) Abrechnung von Laborleistungen nach Kapitel 32.2 EBM

Ich/Wir sind Mitglied der Laborgemeinschaft (BSNR):

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

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

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

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

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

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

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

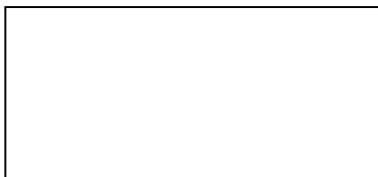
8) Bestätigung gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

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

.....
Datum

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

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle



(Vertragsarztstempel der Praxis)

4. Quartal 2010

Eingang
Annahme	<input type="text"/>
Grobsort	<input type="text"/>

Gesamtaufstellung / Ermächtigte Ärzte

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

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



1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

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

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

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

Abrechnung von Überweisungsscheinen

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

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



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

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

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

Art der Abrechnung

Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger: _____

Onlineabrechnung

Bitte wenden.
Unterschrift/en rückseitig. Danke.



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

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

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



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

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



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

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



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

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



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

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

.....
Datum

.....
Unterschrift des ermächtigten Arztes

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

4. Quartal 2010

Eingang
Annahme	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Grobsort	<input style="width: 100%;" type="text"/>

(Stempel des Krankenhauses/Betriebsstättennummer)

Gesamtaufstellung / Krankenhäuser

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

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



1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

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

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

Insbesondere versichere ich, dass ich die volle Verantwortung für die Erfüllung aller Abrechnungsvoraussetzungen trage.

Abrechnung von Überweisungsscheinen

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



2) Erklärung zu ambulanten Notfalleleistungen

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

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

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

Bitte wenden.
Unterschrift/en rückseitig. Danke.

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

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

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

Art der Abrechnung

Datenträgerabrechnung, Anzahl eingereicherter Datenträger: _____

Onlineabrechnung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....
Datum

.....
Unterschrift des ärztlichen Leiters

ANLAGE B2
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2010

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V (**HZV BKK**)
- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V (**HZV AOK, IKK, LKK ab 2008**)
- Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V (**HZV BIG**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung-U10**)
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V (**HZV Knappschaft**)
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V (**HZV GEK**)
- Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening AOK**)
- Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening BKK**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening IKK, BIG direkt gesund, IKK Thüringen**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening Knappschaft**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens (**Hautkrebs-Screening Barmer GEK**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens (**Hautkrebs-Screening TK**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie EKK**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie BKK für Heilberufe, pro-nova BKK, BKK Mobil Oil**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz, BKK ESSANELLE, BKK 24, BKK Pfaff**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V (**Katarakt AOK Kontingentvertrag**)
- Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73 c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V i. V. m. §§ 140 a ff. SGB V (**Palliativ PKK**)
- Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (**Palliativ EKK**)

- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD (**DMP Asthma/COPD**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern (**DMP Diabetes 1**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern (**DMP Diabetes 2**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) (**DMP KHK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Brustkrebspatientinnen (**DMP Brustkrebs**)
- Vereinbarung über die Zahlung einer Sachkostenpauschale für die Versorgung mit Schienenverbänden - Knie Ruhigstellungsschienen/Immobilisationsschienen - (**Vereinbarung Schienenverbände**)
- Vereinbarung über die Versorgung der Versicherten der BARMER **GEK** mit parenteralen Ernährungslösungen (**parenterale Ernährung**)
- Vertrag nach § 132 e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 20 d Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (**Schutzimpfungen**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen (**Reiseschutzimpfungen mit ktpBKK; BKK Dräger und Hanse, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, und BIG Gesundheit, BKK24, Barmer GEK**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (**HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK Dräger und Hanse**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt LKK**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt Knappschaft**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt BKK Kontingentvertrag**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt BKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt EKK Kontingentvertrag**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt EKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt IKK Kontingentvertrag**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt IKK Fallpauschale**)

- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt AOK Fallpauschale**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) AOK**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) Knappschaft**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) BKK LV NRW und BIG direkt gesund**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) LKK NRW**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 BKK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 IKK**)
- Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (**SAPV**) in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V
- Vereinbarung über den Ersatz des den Vertragsärzten entstehenden Aufwandes bei der ausführlichen Beantwortung der Anfragen der Krankenkassen zur Feststellung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Behandlungs- und Verordnungskosten bei rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten (einzelne BKK' en)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie (**Tonsillotomie-Vertrag, KKH Allianz**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Techniker Krankenkasse**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**J 2, Techniker Krankenkasse**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Knappschaft**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**J 2, Knappschaft**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über ein Konsequentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft (**K.I.S.S. mit der BIG direkt gesund**)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (**Schizophrenie-Vereinbarung, AOK Rheinland/Hamburg**)
- Wegepauschale und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen (§ 10)

- Rahmenvereinbarung über die "Auffangkonzeption" für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatriebetten
- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, 13311,13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115 b SGB V Abschnitt 2 und Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115 b SGB V erbracht wurden sowie Nrn. 13421-13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM (Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung)
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852, 32880-32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a EBM nach der Nr. 01723
- Hautkrebs-Screening nach den Nrn. 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951 01952, 01955 und 01956 EBM
- Kostenpauschalen nach den Nrn. 40860, 40862, 40865 - 40868, 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230
- Diagnostik bei der sog. Neuen Grippe nach den Symbolnummern 88740 und 88741
- Leistungen, die bei nachgewiesener Infektion mit der Neuen Grippe mit den Symbolnummern 88200F, 88200T und 88200E gekennzeichnet wurden
- Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I
- Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022
- Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E – 90126E, 90128E - 90136E, 90140E – 90155E
- Kostenpauschale Dialyse 40800 - 40808, 40810 - 40813, 40820 - 40822
- Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emmission-Tomographie (88738)
- Neugeborenen-Hörscreening nach den Nrn. 01704 bis und 01706 EBM
- Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung nach der Nr. 01833 EBM
- Balneophototherapie nach der Nr. 10350 EBM

ANLAGE B3
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2010

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

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

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Anästhesiologie

Fachärzte für Augenheilkunde

Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie

Fachärzte für Frauenheilkunde

Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

Fachärzte für Nervenheilkunde

Fachärzte für Neurologie

Fachärzte für Nuklearmedizin

Fachärzte für Orthopädie

Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Fachärzte für Urologie

ANLAGE B4
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2010

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

Schritt 1 Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

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

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

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

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

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

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

- zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM
- h) das Vergütungsvolumen für andere schmerztherapeutische Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM
- i) das Vergütungsvolumen für dringende Besuche nach den GOP 01411, 01412 und 01415 EBM
- j) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,

mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis h) und k) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 und die unter i) und j) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,

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

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,

- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - d) 2% zzgl. des 2%igen Abzuges gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 für alle abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - e) das Vergütungsvolumen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
 - f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der nicht in der Anlage B3 zu diesem HVV aufgeführten Arztgruppen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin, der Fachärzte für Strahlentherapie, der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und der Fachärzte für Transfusionsmedizin
 - g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
 - h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM
 - i) das Vergütungsvolumen für andere schmerztherapeutische Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM
 - j) das Vergütungsvolumen für dringende Besuche nach den GOP 01411, 01412 und 01415 EBM
 - k) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
 - l) das Vergütungsvolumen für Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings
 - m) das Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM
 - n) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie
 - o) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den Nrn. 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
 - p) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2) erbracht wurden
 - q) Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen
 - r) das Vergütungsvolumen für MRT-Leistungen der Fachärzte für Neurologie nach den GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34343, 34345, 34411, 34420, 34422, 34452, 34470, 34475, 34492 EBM
 - s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 11 EBM,
 - t) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 19 EBM,
 - u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
 - v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
 - w) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO-Leistungen),
- mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis i) und m) bis p) und s) bis u) aufgeführten Volumina – mit Ausnahme der GOP

19315 EBM unter t) – jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 und die unter j) bis l), q), r), v), w) und die GOP 19315 EBM unter t) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent – mit Ausnahme des Volumens unter l), q), r) und der GOP 19315 EBM unter t) – geführt werden. Bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs sind die Anpassungsfaktoren für die unter f) bis w) aufgeführten Volumina gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 zu berücksichtigen sowie der Leistungsbedarf für das Volumen unter v) um 5% hiervon zur Berücksichtigung der Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu erhöhen.

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

3) Versorgungsbereichswechsel

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

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

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

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

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im weiteren Folgendes.

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

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

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,
- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2008 und für die praxisklinische Be-

treuung und Beobachtung gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2009, ggf. unter Berücksichtigung der EBM - Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A Ziffer 2.4 vom 02.09.2009, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunkt im jeweiligen Versorgungsbereich.

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

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

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

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

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

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

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

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

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

Die Umsetzung erfolgt bei den QZV entsprechend, es sei denn, dass die QZV je Leistungs-

fall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet und vergütet worden ist.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

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

2) QZV-Fallwert

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

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

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

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

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

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

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

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

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

Der Faktor errechnet sich dadurch, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe in den Altersklassen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und ab Beginn des 60. Lebensjahres ebenso ermittelt wird wie der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe für alle

Versicherten. Die RLV-Fallzahl des Arztes wird nach den Altersklassen differenziert und multipliziert mit der Division des durchschnittlichen Leistungsbedarfs der Arztgruppe je Altersklasse durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Arztgruppe insgesamt.

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

2) Berechnung des QZV

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

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

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

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

ANLAGE B5
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2010

**Arztgruppenspezifische Auflistung der
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Chirotherapie
	Ergometrie
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Sonographie III
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie (Zusatzbezeichnung)
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
Fachärzte für Anästhesiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie
	Sonographie I
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	Behandlung von Hämorrhoiden
	Phlebologie (30500 nicht Gefäßchirurgie)
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
	Sonographie I
	Sonographie III (nicht Gefäßchirurgie)
	Teilradiologie
Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Reproduktionsmedizin
	Sonographie III
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Phoniatrie, Pädaudiologie
	Sonographie I
	Teilradiologie

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Sonographie II
	Sonographie III
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Phlebologie
	Physikalische Therapie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie I
	Sonographie III
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Teilradiologie
	Gastroenterologie I
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Sonographie I
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Teilradiologie
	Bronchoskopie
	Sonographie I
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Teilradiologie
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Sonographie II
	Sonographie III
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung
Fachärzte für Nervenheilkunde	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld
	Sonographie III
Fachärzte für Neurologie	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III

Fachärzte für Nuklearmedizin	MRT
	MRT-Angiographie
	Sonographie I
Fachärzte für Orthopädie	Physikalische Therapie
	Sonographie I
	Teilradiologie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen
	Sonographie I
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT
	Interventionelle Radiologie
	kurative Mammographie
	MRT
	MRT-Angiographie
	Osteodensitometrie
	Sonographie I
	Sonographie III
Teilradiologie	
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Stoßwellenlithotripsie
	Teilradiologie