

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.

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 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 ermächtigten 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, ins-

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

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

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

(2) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem ermächtigten Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben 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, 35.1, 35.2 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, 32001 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. 2g).

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. 2g) für Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM) abgegolten.

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

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

§ 3

Vergütungsgrundsätze

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

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

Zudem werden auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend den nachfolgenden Regelungen einer Steuerung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV 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

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 Regelleistungsvolumen (RLV) vor. Die Berechnung und Anpassung der RLV 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 ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt sein RLV die Hälfte des arztgruppenspezifischen RLV. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Dabei unterliegen die Leistungen der Anlage B2, die in der Anlage B4 Schritt 1 aufgeführten Leistungen sowie die in der Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (1) und (5) bis (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (1) und (5) bis (9) aufgeführten Leistungen nicht dem RLV.

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

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

2) Bildung der Regelleistungsvolumen

Zu den Einzelheiten der Bildung der Regelleistungsvolumen 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 Vergütungsvolumens für die Bildung der RLV

Schritt 2

Berechnung des (vorläufigen) RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

Schritt 3

Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV - Vergütungsvolumen (RLV_{AG})

Schritt 4

Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

Schritt 5

Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V einschließlich Abstufung mit einer morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

3) Qualitätszuschläge und Verrechnung im hausärztlichen Versorgungsbereich

a) Qualitätszuschläge

Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs erhalten ein weiteres Honorarvolumen für qualitätsgebundene Leistungen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 5, sofern sie über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügen und diese Leistungen im jeweils aktuellen Abrechnungsquartal tatsächlich erbracht haben. Dabei werden die RLV-Fälle (Anlage B4 Schritt 4) des Genehmigungsinhabers des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem jeweils für den Leistungsbereich im Beschluss ausgewiesenen Betrag multipliziert. Für neu, nach dem 01.01.2010 zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ - ambulanten Arztfälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen, es sei denn, die Werte ihres Praxisvorgängers haben im Vorjahresquartal bereits den arztgruppenspezifischen Durchschnitt überschritten; in diesem Fall werden diese Werte zugewiesen. Sofern der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid seit dem entsprechenden Vorjahresquartal reduziert wurde, verringert sich das weitere Honorarvolumen entsprechend. Bei Neuzulassungen bzw. erstmaliger Anstellung bestimmt sich das weitere Honorarvolumen nach dem Umfang der Tätigkeit.

b) Verrechnung

Sofern ein Arzt das ihm zugewiesene RLV nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Volumen mit den qualitätsgebundenen Leistungen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 5 ausfüllen. Die Honorarvolumen für diese qualitätsgebundenen Leistungen können hingegen nicht zur Vergütung anderer Leistungen verwendet werden; sie können allerdings für die Leistungen nach den Nrn. 3 bis 9 nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 5 gegenseitig verrechnet werden.

4) Qualitätszuschläge und Verrechnung im fachärztlichen Versorgungsbereich

a) Qualitätszuschläge

Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs, die nicht Fachärzte für Nuklearmedizin, Radiologie oder Strahlentherapie sind, erhalten jeweils ein weiteres Honorarvolumen für qualitätsgebundene Leistungen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 6 mit den jeweils benannten arztgruppenspezifischen Beträgen, sofern sie über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügen und diese Leistungen im aktuellen Abrechnungsquartal tatsächlich erbracht haben. Dabei werden die RLV-Fälle (Anlage B4 Schritt 4) des Genehmigungsinhabers des entsprechenden Vorjahresquartals mit dem jeweils für den Leistungsbereich im Beschluss ausgewiesenen Betrag multipliziert. Für neu, nach dem 01.01.2010 zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ - ambulanten Arztfälle des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen, es sei denn, die Werte ihres Praxisvorgängers haben im Vorjahresquartal bereits den arztgruppenspezifischen Durchschnitt überschritten; in diesem Fall werden diese Werte zugewiesen. Sofern der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid seit dem entsprechenden Vorjahresquartal reduziert wurde, verringert sich das weitere Honorarvolumen entsprechend. Bei Neuzulassungen bzw. erstmaliger Anstellung bestimmt sich das weitere Honorarvolumen nach dem Umfang der Tätigkeit.

b) Verrechnung

Sofern ein Arzt das ihm zugewiesene RLV nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Volumen mit qualitätsgebundenen Leistungen nach Beschluss

Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 6 ausfüllen. Das Honorarvolumen für diese Leistungen kann hingegen nicht zur Vergütung anderer Leistungen verwendet werden.

5) Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen und Abrechnung

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

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 an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der RLV. Zugleich erfolgt die Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, durch Verweis auf Anlage B2, Anlage B4 Schritt 1 und Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (1) und (5) bis (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (1) und (5) bis (9).

6) Information der Vertragspartner

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die nordrheinischen Krankenkassen/-verbände quartalsweise per CD-Rom über die Zuweisung der RLV 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

können Zuschläge auf das arzt-/praxisbezogene RLV durch Erhöhung der Fallzahl bewilligt werden.

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

Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie länger als eine Woche dauern und gemäß § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV der Kassenärztlichen Ver-

einigung Nordrhein mitgeteilt sind und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist.

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 im Einzelfall zu beschließen.

2) Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die ab dem 01.07.2007 neu zugelassen sind, wird jeweils für die Dauer von 12 Niederlassungsquartalen mindestens das arztgruppendurchschnittliche RLV für das jeweilige Quartal zugewiesen. Haben ihre eigenen Werte oder die eines Praxisvorgängers im Vorjahresquartal bereits den arztgruppenspezifischen Durchschnitt überschritten, werden diese zugewiesen. Bei der Zuweisung ist jedoch der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen; ein darüber hinausgehender Zuschlag ist nur bei Gewährung einer Ausnahmeregelung auf Antrag möglich. Die Anstellung – mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V - steht der Neuzulassung gleich.

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.

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% geführt haben. Bei der Festsetzung der Zuschläge ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis 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 Nord-

rhein auf Antrag beurteilt, ob die Voraussetzungen der Regelung vorliegen. Er hat dabei einen Beurteilungsspielraum. Der Vorstand entscheidet nach pflichtgemäßen 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 unterliegen

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

Die das RLV einer Arztpraxis überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nr. (2) bzw. Abs. 2b) Nr. (2) 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 unterliegen

- a) Die Vergütung der in Anlage B4 Schritt 1 aufgeführten Leistungen und laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% sowie die Vergütung von Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% und der ermächtigten Krankenhausärzte erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- b) Die Vergütung von Leistungen der Arztgruppen, denen ein RLV nicht zugewiesen wird, 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 2 Abs. 2b) Nr. (7) gebildeten eigenständigen Kontingenten je Arztgruppe überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst, der Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, - 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 2 Abs. 2b) Nr. (7) gebildeten eigenständigen Kontingente je Arztgruppe 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.
- c) Die Vergütung für qualitätsgebundene Leistungen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 5 bzw. Nr. 6 erfolgt nach Maßgabe des § 5 Abs. 3) bzw. 4); die überschreitenden qualitätsgebundenen Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis gemäß Absatz 1 vergütet.
- d) Die Vergütung von den in der Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (5), (7), (8) und (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (5), (8) und (9) aufgeführten Leistungen außerhalb des RLV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit den in Euro vereinbarten Kos-

tenpauschalen des Kapitels 40 EBM bzw. mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) bzw. Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingenten überschritten wird. In diesem Fall werden diese Leistungen abweichend von der regionalen Euro - Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich je Kontingent rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser jeweilige Punktwert errechnet sich durch Division der nach Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) sowie Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.

- e) Die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM und der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM erfolgt nach § 8.
- f) Die Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 1 Abs. 8c) wird mit 2,42 Euro vergütet.
- g) 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 in Abs. 3 genannten Leistungen), 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., Nr. 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 den Vergütungsbereich der psychotherapeutischen Leistungen

Aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 – mit Ausnahme der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM - und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM aus einem eigenständigen Vergütungsbereich. Hierfür wird der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 multipliziert mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Von diesem Vergütungsvolumen werden 2% für die Vergütung bis zur 1,5 fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze verwendet. Dem verbleibenden Vergütungsvolumen wird das entsprechende Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Nr. 3.3 in Höhe von 0,1722% zugefügt und steht für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung.

3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent.

Die Vergütung der Leistungen bis zum 1,5 fachen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt aus dem o.g. 2%igen Vergütungsvolumen mit einem abgestaffelten Preis. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen von 2% und dem die Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungsbedarf 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:

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

- 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 erhalten die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe in der Regel mindestens 20%, höchstens jedoch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten Gesamthonorars abzüglich der Bareinnahmen an Praxisgebühr der letzten durch die Kassenärztliche Ver-

einigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll. 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. 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 Honorarzahungen

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

§ 12 Überleitungsvorschrift

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

§ 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 01.04.2010 in Kraft und läuft bis zum 30.06.2010. 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)

2. 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..... 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.

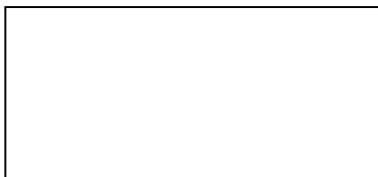
8) Bestätigung gem. § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

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)

2. 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, 0535,0 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

2. Quartal 2010

Eingang
Annahme	<input type="text"/>
Grobsort	<input 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 Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzung trage, weil ich diese selbst erfülle bzw. ich mich von deren Erfüllung persönlich überzeugt habe.

Abrechnung von Überweisungsscheinen

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



2) Erklärung zu ambulanten Notfalleleistungen

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

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

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

Bitte wenden.
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 01.04.2010

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BKK**)
- Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, IKK, LKK ab 2008**)
- Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BIG**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung**)
- Ergänzung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung-U11 Vorsorgeuntersuchung**)
- Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 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**)
- Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening LKK**)
- 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, pronova BKK, BKK Mobil Oil**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 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 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, KKH-Allianz, TK, und BIG Gesundheit, BKK24, Barmer GEK**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (**HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG Gesundheit, BKK Dräger und Hanse**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt LKK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt Knappschaft**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt BKK Kontingentvertrag**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt BKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt EKK Kontingentvertrag**)

- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt EKK Fallpauschale**)
- Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt IKK Kontingentvertrag**)
- Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt IKK Fallpauschale**)
- Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt AOK Fallpauschale**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) AOK**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) Knappschaft**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) BKK LV NRW**)
- Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) LKK NRW**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des BMV-Ä (**Prävention Kinder U10 und U 11 BKK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK**)
- Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 IKK**)
- Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (**SAPV**) in Nordrhein gemäß § 132d SGB V i. V. m. § 37b SGB V
- Vereinbarung über den Ersatz des den Vertragsärzten entstehenden Aufwandes bei der ausführlichen Beantwortung der Anfragen der Krankenkassen zur Feststellung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Behandlungs- und Verordnungskosten bei rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten (einzelne BKK' en)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (**GEK**)
- Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie (**Tonsillotomie-Vertrag, KKH Allianz**)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (**Schizophrenie-Vereinbarung, AOK Rheinland/Hamburg**)
- Wegepauschale und Wegegeder Primär- und Ersatzkassen (§ 10)
- Rahmenvereinbarung über die "Auffangkonzeption" für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatriebetten
- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, 13311,13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 2 und Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung

nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden sowie Nrn. 13421-13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM (Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung)

- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852, 32880-32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a EBM nach der Nr. 01723
- Hautkrebs-Screening nach den Nrn. 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951 und 01952 EBM
- Kostenpauschalen nach den Nrn. 40860, 40862, 40865 - 40868, 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230
- Diagnostik bei der sog. Neuen Grippe nach den Symbolnummern 88740 und 88741
- Leistungen, die bei nachgewiesener Infektion mit der Neuen Grippe mit den Symbolnummern 88200F, 88200T und 88200E gekennzeichnet wurden
- Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I
- Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022
- Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E – 90126E, 90128E - 90136E, 90140E – 90155E
- Kostenpauschale Dialyse 40800-40808, 40810-40813, 40820-40822
- Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emission-Tomographie (88738)

ANLAGE B3
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.01.2010

Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt:

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

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Anästhesiologie

Fachärzte für Augenheilkunde mit Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“

Fachärzte für Augenheilkunde ohne Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“

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

Fachärzte für Frauenheilkunde

Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Fachärzte für Humangenetik

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 mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%

Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT

Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT

Fachärzte für Urologie

ANLAGE B4
zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.04.2010

Bildung der Regelleistungsvolumen

Schritt 1 Bestimmung des Vergütungsvolumens für die Bildung der RLV

Das RLV wird quartalsweise ermittelt auf der Grundlage der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das entsprechende Quartal im Jahr 2010

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- unter Abzug der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe des § 8
- unter Abzug der Vergütung für ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser im entsprechenden Quartal im Jahr 2009
- unter Abzug der Vergütung für Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM im entsprechenden Quartal im Jahr 2009.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird als RLV-Vergütungsvolumen (RLV_{VG}) verwendet.

Schritt 2 Berechnung des (vorläufigen) RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

1) vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich (VRLV_{VB})

Zunächst wird das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 2, Nr. 1 berechnet.

Danach wird zzgl. der Entwicklung in 2008 das Vergütungsvolumen 2007 ohne die Vergütung für psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe des § 8 multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈ - Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs (VG_{VB}) ermittelt. Das sich ergebende Vergütungsvolumen wird dividiert durch das Vergütungsvolumen 2007 zzgl. der Entwicklung in 2008 ohne die psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe des § 8 multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈ - Anpassungen aller Arztgruppen multipliziert mit dem sich aus Schritt 1 ergebenden RLV – Vergütungsvolumen.

Dadurch ergibt sich das vorläufige RLV je Versorgungsbereich.

2) RLV-Vergütungsvolumen für den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich (RLV_{VB})

Das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich wird auf Basis der Vergütungsanteile des Jahres 2007 zzgl. der Entwicklung in 2008 im

a) hausärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- (1) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen für
- Sonographie nach den Nrn. 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092 EBM,
 - Psychosomatik nach den Nrn. 35100 und 35110 EBM,
 - Prokto/Rektoskopie nach den Nrn. 03331 bzw. 04331 EBM,
 - Kleinchirurgie nach den Nrn. 02300 bis 02302 EBM,
 - Langzeit-EKG nach den Nrn. 03322 bzw. 04322 EBM,
 - Langzeit-Blutdruckmessung nach den Nrn. 03324 bzw. 04324 EBM,

- Spirometrie nach den Nrn. 03330 bzw. 04330 EBM,
 - Ergometrie nach den Nrn. 03321 bzw. 04321 EBM,
 - Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM,
- (2) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- (3) die gemäß Beschluss Teil 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., Anlage 2 Nr. 2,
- (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- (5) die zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537 EBM),
- (6) die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- (7) die Vergütungen des entsprechenden Quartals aus dem Jahre 2008 für folgende Leistungen:
- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102 EBM)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag (GOP 03241 und 04241 EBM)
 - Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen,
- mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Bereich – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, - der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,
- (8) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2g) 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
- (9) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer eine Ausnahmeregelung gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen) mit der Maßgabe, dass auch hier auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 jeweils der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als eigenständiges Kontingent ge-

führt wird.

Dadurch ergibt sich das RLV-Vergütungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich.

b) fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- (1) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen für
 - Diagnostische Radiologie nach den Nrn. 34210 bis 34282 EBM gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 6 mit den jeweils benannten arztgruppenspezifischen Beträgen
- (2) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- (3) die gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Gewährung von Ausnahmen)
 - 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., Anlage 2 Nr. 2,
- (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- (5) die zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantatträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677 EBM),
- (6) die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- (7) die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage B3 zu diesem HVV genannte Arztgruppen mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Arztgruppe der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,
- (8) die Vergütungen des entsprechenden Quartals aus dem Jahre 2008 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102 EBM)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531 EBM)
 - Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324 EBM)
 - Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225 EBM)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag (GOP 13253, 27323 EBM))
 - Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM,
 - Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670 EBM)
 - Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222 EBM)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312 und 19331 EBM)
 - ESWL (GOP 26330 EBM)

- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
- Polysomnographie (GOP 30901 EBM)
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7 EBM
- Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen
- Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2) erbracht wurden
- Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM durch die Fachärzte für Orthopädie
- Psychosomatik nach den Nrn. 35100 und 35110 EBM
- 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
- Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen

mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Bereich – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst, der Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings, der nephrologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM, der Bronchoskopie nach den GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670 EBM, der Gesprächs- und Betreuungsleistungen nach den GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222 EBM und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, - der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,

(9) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende Vereinbarungen:

- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2g) 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 (vitreo-retinale Chirurgie)

Dadurch ergibt sich das RLV-Vergütungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich.

c) Versorgungsbereichswechsel

Die RLV-Vergütungsvolumen sind bei einem Versorgungsbereichswechsel durch einen Vertragsarzt dahingehend anzupassen, dass die Berücksichtigung des Wechsels quartalsweise stattfindet und die Bereinigung auf der Basis des Honorarbescheides

des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchgeführt wird.

d) Bereinigungen der Gesamtvergütungen

Soweit im Zusammenhang mit Verträgen nach den §§ 63 ff., 73 b, 73 c und 140 ff. SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.

Schritt 3 Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV - Vergütungsvolumen (RLV_{AG})

Für die Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV - Vergütungsvolumen eines jeden Versorgungsbereichs erfolgt die Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am Vergütungsvolumen nach den in Anlage B3 benannten Arztgruppen für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich.

Zur Berechnung des jeweiligen Anteils der Arztgruppen am RLV - Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich wird der Leistungsbedarf in Punkten in 2007 zzgl. der Entwicklung in 2009 ohne die psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe des § 8 Abs. 2, sowie abzgl. der Leistungen nach Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (1) und (5) bis (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (1) und (5) bis (9), zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren 2009 einer Arztgruppe dividiert durch den vg. Leistungsbedarf, allerdings zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren 2009 aller Arztgruppen des Versorgungsbereichs, multipliziert mit dem RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs.

Somit erhält man den arztgruppenspezifischen Anteil am RLV - Vergütungsvolumen (RLV_{AG}) jeweils für einen Versorgungsbereich.

Schritt 4 Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

RLV 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 Abs. 2a) Nrn. (1) und (5) bis (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (1) und (5) bis (9) nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird die Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals (FZ_{AG}) ermittelt. Das RLV_{AG} wird dividiert durch die FZ_{AG} und ergibt den arztgruppenspezifischen Fallwert (FW_{AG}).

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.

Schritt 5 Berechnung des arzt- und praxisbezogenen 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 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 Abstufung 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.

Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.