

Zweiter Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

– einerseits –

und

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

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

der **IKK Nordrhein**, Bergisch Gladbach

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

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den Ersatzkassen

der **Barmer Ersatzkasse**

der **Techniker Krankenkasse**

der **Deutschen Angestellten Krankenkasse**

der **Kaufmännischen Krankenkasse - KKH**

der **Gmünder Ersatzkasse - GEK**

der **Hamburg Münchener Krankenkasse**

der **HEK - Hanseatischen Krankenkasse**

der **hkk**

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

– andererseits –

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V. Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008, und der Ergänzungen/Änderungen hierzu durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01., 27.02., 17.03. und 20.04.2009, jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, (insgesamt im folgenden Beschluss genannt), sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt.

Dieser Vertrag beinhaltet die selbständigen Teile A und B. Teil A regelt die Vergütung zwischen den Vertragspartnern (Honorarvertrag). Im Teil B finden sich die Regelungen zur Honorarverteilung gegenüber den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (HVV). Insofern bestehen – wie in der Vergangenheit – getrennte Regelungskreise.

Präambel

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

Teil B

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

§ 1

Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

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

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder 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 Vereini-

gung 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, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, - vorzunehmen. Die Einschaltung Dritter ist soweit und solange unzulässig wie eine gesetzliche Grundlage fehlt, von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die erforderliche Einwilligung zur Datenweitergabe verlangen zu dürfen und die in § 73 Abs. 1b SGB V zum Ausdruck gelangte informationelle Selbstbestimmung zu beachten ist. Letztere schließt es aus, entsprechende Erklärungen bei der Behandlung zu verlangen oder - wegen der Gefahr einer Beeinflussung - auf freiwilliger Basis anzuregen und entgegenzunehmen. 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 zu Grunde 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) berechnen 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 Ver-

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

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

c) Direktabrechnung für Laborgemeinschaften

Mit Wirkung vom 01.10.2008 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen Änderungen des Bundesmantelvertrages zur Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften vereinbart. Ab diesem Zeitpunkt haben die in Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 3 EKV zusammengeschlossenen Vertragsärzte ihre dort durchgeführten Laborleistungen direkt mit der am Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter Angabe der Betriebsstättennummer der anfordernden Praxis, der Betriebsstättennummer der Laborgemeinschaft und der Arztnummer des anfordernden Arztes abzurechnen. Die Verfahrens-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 41/2008, ist 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) Aufwandsersatzungen

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. 1 b, 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 Pflorgetag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflorgetage 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. 2f).

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. 2f) 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 3,5001 Cent nach dem Beschluss Teil A multipliziert werden. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese nach Teil A dieses Vertrages 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 48/2008.

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.

Außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet die artseitige Vergütung der in der Anlage B2 aufgeführten Leistungen statt. Dazu wird der regional vereinbarte Punktwert in Höhe von 3,5001 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.

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 Anlage 1 Nr. 5, sofern sie über die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen verfügen und diese Leistungen im jeweils aktuellen Abrechnungsquartal tatsächlich erbracht und in dem entsprechenden Umfang abgerechnet 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 01.01.2009, zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulantem 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 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 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 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 und in dem entsprechenden

Umfang abgerechnet 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 01.01.2009, zugelassene Ärzte wird die durchschnittliche Zahl der kurativ-ambulantem 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 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%.

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.

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 Vereinigung 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 01.01.2007 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 arztbezogene 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 Nordrhein 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.

5) Konvergenzphase

a) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen wird eine Konvergenzphase mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen eingeführt. Dabei wird für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal 10% als prozentualer Grenzwert für Fallwertverluste über den GKV - Gesamtumsatz festgelegt. Die Veränderung darf nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden sein und muss ihren Grund in der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben. Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der einzelnen Arztpraxen setzt im einzelnen voraus, dass

- der GKV-Gesamtumsatz ohne Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM im Abrechnungsquartal um mehr als 10% unter dem Gesamtumsatz des Vorjahresquartals liegt und
- der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis (Gesamtumsatz geteilt durch gesamte Fallzahl) im Abrechnungsquartal um mehr als 10% unter dem entsprechenden Fallwert des Vorjahresquartals liegt.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis im Vorjahresquartal abgesenkt um 10% und mit der Gesamtfallzahl der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal multipliziert. Die sich ergebende Differenz zum GKV - Gesamtumsatz im Abrechnungsquartal wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall an die einzelne Arztpraxis ausgezahlt.

b) Die vorstehende Regelung gilt nicht für die Leistungserbringer nach § 8 Abs. 1 und nicht für die Arztgruppen, für die kein RLV ermittelt und festgesetzt wird (Anlage B3), es sei denn, die vorstehenden Leistungserbringer sind Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums, der ein RLV zugewiesen ist; ein Ausgleich findet ggf. nur für den RLV-Bereich statt.

§ 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 3,5001 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 laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und ambulanten Notfalleleistungen 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 sowie der Arztgruppen, denen ein RLV nicht zugewiesen wird, erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- b) Die Vergütung für qualitätsgebundene Leistungen nach Beschluss Teil F 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.
- c) 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 Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM bzw. mit dem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent.
- d) 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.
- e) Die Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß § 1 Abs. 8c) wird mit 2,42 Euro vergütet.
- f) 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 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 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 Vorjahresquartal.

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 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM aus einem eigenständigen Vergütungsbereich. Hierfür wird der Leistungsbedarf des Jahres 2007, gesteigert um den EBM-Effekt 2008, erhöht um das Punktzahlvolumen gemäß Beschluss Teil D für die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM insgesamt multipliziert mit dem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent. Von diesem Vergütungsvolumen werden 2% für die Vergütung bis zur 1,5 fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze verwendet. Dem verbleibenden Vergütungsvolumen wird die Entwicklung des Jahres 2008 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 3,5001 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 zu Grunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 01721 EBM abrechenbar. Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt: bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415 oder 05230 EBM
Euro 1,85

bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01411N, 01412N,
01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N
Euro 2,92

bei Besuchen nach den Nrn. 01410 und 01721 EBM
Euro 1,52.

§ 11

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

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

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

2) Honorarzahlen für ermächtigte Ärzte

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

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähig und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

Auf das Vierteljahreshonorar erhalten die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszah-

lungen, 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 Vereinigung 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 Honorarzahlen

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 Honorarkürzungen, 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 Notfalleleistungen durch Krankenhäuser durch das für Notfalleleistungen 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, insbesondere bei Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung und zu den Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBM, nicht tangiert.

2) Verfahrenskosten

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

§ 14 Laufzeit

Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.07.2009 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2009; § 6 Abs. 5 gilt bis zum 30.09.2009. Sie verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn sie nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einem Vertragspartner die Kündigung rechtzeitig zugeht. Einvernehmliche Änderungen dieses Vertrages sind auch ohne Kündigung möglich.

Salvatorische Klausel

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

Düsseldorf, den 02.06.2009

Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein
gez. Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstandes

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

BKK Landesverband NRW
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein
gez. Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorsitzende des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

Knappschaft
gez. Rolf Stadié
Direktor

Verband der Ersatzkassen e. V.
gez. Sieghard Niggemann
Leiter der Landesvertretung NRW

Anlagen zum zweiten Ergänzungsvertrag über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff, SGB V

Anlage B1 Gesamtaufstellung
 Ärzte
 Ermächtigte Ärzte
 Krankenhäuser

Anlage B2 Leistungen außerhalb der morbiditäts-
 bedingten Gesamtvergütung

Anlage B3 Arztgruppen, für die Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgelegt werden

Anlage B4 Bildung der Regelleistungsvolumen