

### § 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

### Anlage B 1

### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle



(Vertragsarztstempel der Praxis)

### 3. Quartal 2009

Eingang .....

Annahme

Grobsort

### 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	
<b>Gesamt</b>			

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/unserer 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.....

die am ...../ an folgenden Tagen.....

die am ...../ an folgenden Tagen.....

die am ...../ an folgenden Tagen.....

die am ...../ an folgenden Tagen.....

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.  
Unterschriften rückseitig. Danke.

## Amtliche Bekanntmachungen

### 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 (LAG-Nr.): \_\_\_\_\_

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/unserer 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 und 05350 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben von mir mit den anderen Ärzten/Arztpraxen eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach 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.

**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 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 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)

### Anlage B 1

### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle



(Vertragsarztstempel der Praxis)

### 3. Quartal 2009

Eingang .....

Annahme

Grobsort

### 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.  
Unterschriften 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 und 05350 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, von mir mit den anderen Ärzten/Arztpraxen eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach 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.
- 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

### Anlage B 1

### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

**3. Quartal 2009**

Eingang	.....
Annahme	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Grobsort	<input style="width: 80%;" type="text"/>

(Stempel des Krankenhauses/Betriebsstättennummer)

### Gesamtaufstellung / Krankenhäuser

Abrechnungsgebiete	Gebührenordnung	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	
<b>Gesamt</b>			

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.  
Unterschriften rückseitig. Danke.

## Amtliche Bekanntmachungen

**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 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 und 05350 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, mit den anderen Ärzten/Arztpraxen eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach 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.

**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 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 ärztlichen Leiters

### ANLAGE B2 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2009

#### 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**)
  - 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 einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening EKK**)
  - 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 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 PPK**)
- 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 ambulan-

ten 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 - Knieerhaltungs-schienen/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 DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S., KKH, TK, GEK und BIG Gesundheit**)

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., KKH, TK, GEK und BIG Gesundheit**

• 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**)

• Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**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



- chen 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**)
  - Wegepauschale und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen
  - Rahmenvereinbarung über die „Auffangkonzeption“ für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychatriebetten
  - Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe
  - Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 2 und Abschnitt 5.3 EBM sowie Nrn. 13421-13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM
  - Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852 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, 40870 und 40872 EBM

## ANLAGE B3 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2009

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

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 01.07.2009

#### Bildung der Regelleistungsvolumen

##### **Schritt 1 Bestimmung des Vergütungsvolumens für die Bildung der RLV**

Das RLV wird ermittelt auf der Grundlage der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf der Basis der Vergütungsanteile des Jahres 2007

- 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 unter Berücksichtigung der Entwicklung in 2008
- unter Abzug der Vergütung für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM unter Berücksichtigung der Entwicklung in 2008.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird als RLV-Vergütungsvolumen (RLV<sub>VG</sub>) verwendet.

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

##### **1) vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich (VRLV<sub>VB</sub>)**

Zunächst wird das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach Beschluss Teil F, 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 EBM<sub>2008</sub> - Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs (VG<sub>VP</sub>) 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 EBM<sub>2008</sub> -

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<sub>VB</sub>)**

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 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 Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537 EBM),
  - (6) die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzt-

ten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,

(7) die Vergütungen des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Entwicklung in 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,

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

- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2f) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
- Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- AIDS-Vereinbarung
- Onkologie-Vereinbarung
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreo-retinale Chirurgie) bis 30.09.2009 mit der Maßgabe, dass die Vertragspartner über die Fortführung für Anschlusszeiträume noch verhandeln,

(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).

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 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 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 Transplantationsträgern (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,

(8) die Vergütungen des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Entwicklung in 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. 7 EBM

- Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen

- Leistungen des Kapitels 5 EBM mit Ausnahme der Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2)
- Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Phlebologie nach der Nr. 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM durch die Fachärzte für Orthopädie
- Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,

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

- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2f) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
- Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- AIDS-Vereinbarung
- Onkologie-Vereinbarung
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) bis 30.09.2009 mit der Maßgabe, dass die Vertragspartner über die Fortführung für Anschlusszeiträume noch verhandeln.

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<sub>AG</sub>)

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 Leis-

tungsbedarf in Punkten in 2007 zzgl. der Entwicklung in 2008 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. EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen multipliziert mit den EBM-Anpassungsfaktoren 2009 einer Arztgruppe dividiert durch den vg. Leistungsbedarf, allerdings zzgl. EBM<sub>2008</sub>-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<sub>AG</sub>) jeweils für einen Versorgungsbereich.

### Schritt 4 Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes

Für 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 Kosten erstattungen, 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 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.

## Vertrag nach § 132 e SGB V

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf**  
vertreten durch den Vorstand

und

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

dem **BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen**

der **IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach**

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

der **Knappschaft, Bochum**

und den Ersatzkassen

- **Barmer Ersatzkasse**
- **Techniker Krankenkasse**
- **Deutsche Angestellten-Krankenkasse**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **Gmünder Ersatzkasse - GEK**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- **Hamburg Münchener Krankenkasse**
- **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

**über die Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 20 d Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V**

### § 1

#### Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen wurden. Grundlage für die Übernahme von Schutzimpfungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung ist die nach § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedete Schutzimpfungsrichtlinie in der jeweils aktuellen Fassung. Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung, Abrechnung und Vergütung der in der Schutzimpfungsrichtlinie empfohlenen Schutzimpfungen (s. Anlage 1).
- (2) Von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind (sog. Reiseschutzimpfungen), es sei denn, dass nach Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen (§ 20 d Abs. 1 Satz 2 SGB V). Eine erhöhte berufliche Gefährdung begründet in der Regel keinen Leistungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach der Biostoffverordnung besteht ein spezieller Anspruch gegen den Arbeitgeber aufgrund eines erhöhten Risikos. Zu den näheren Einzelheiten wird auf die Schutzimpfungsrichtlinie verwiesen.
- (3) Schutzimpfungen, die von den Gesundheitsämtern nach den §§ 19 und 20 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durchgeführt werden, sind von diesem Vertrag nicht erfasst.
- (4) Die postexpositionelle Gabe von Sera oder Chemotherapeutika sowie Impfstoffen im Einzelfall sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (5) Maßnahmen zur Grippevorsorge, die von einzelnen Krankenkassen und/oder von Betrieben durchgeführt werden, bleiben von diesem Vertrag unberührt.