

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den Verbänden der Ersatzkassen wurde nachstehend abgedruckter Gesamtvertrag mit Wirkung zum 01.01.2002 geschlossen.

Die Anlagen 4 und 7-9 werden hier nicht abgedruckt. Die Anlagen 1 und 2 werden nicht abgedruckt, da der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes sich nach den Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein richtet. Dieser wurde bereits veröffentlicht. Zur Anlage 7 des Gesamtvertrages wird darauf hingewiesen, dass der Diabetes-Vertrag gesondert mit dieser Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes bekannt gemacht wird. Die Anhänge 1-5 zu diesem Gesamtvertrag werden nicht gesondert abgedruckt, da sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt bekannt gegeben wurden.

## **Gesamtvertrag vom 04. Dezember 2001**

### **zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

### **und den Verbänden der Ersatzkassen**

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

**sowie**

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

**vertreten durch**

**die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,  
Düsseldorf,**

**- einerseits -**

**und**

**die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

**- andererseits -**

**schließen unter Bezugnahme auf § 83 SGB V  
folgenden Gesamtvertrag.**

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages
- § 2 Ambulante vertragsärztliche Versorgung
- § 3 Notfallbehandlungen
- § 4 Abrechnung und Vergütung der stationären belegärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit

§ 5 Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung

§ 6 Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen

§ 7 Vertragsarztstempel

§ 8 Übernahme von Daten der Krankenversicherungskarte

§ 9 Verteilung der Vordrucke

§ 10 Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen

§ 11 Erfüllung von Ersatzansprüchen

§ 12 Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

§ 13 Beteiligung an den Verwaltungskosten

§ 14 Berechnung der Gesamtvergütung

§ 15 Zahlung an den Vertragsarzt

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

§ 17 In-Kraft-Treten und Kündigung

Anlagen

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

Anhang

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

### **§ 1**

**Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages**

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

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

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (2) Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen:  
Barmer Ersatzkasse, Wuppertal  
Deutsche Angestellten-Krankenkassen (DAK),  
Hamburg  
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover  
Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HaMü),  
Hamburg  
Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg  
Handelskrankenkasse (HKK), Bremen  
Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch  
Gmünd  
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe,  
Hamburg  
BRÜHLER – Die Ersatzkasse, Solingen  
Buchdrucker-Krankenkasse (BK), Hannover  
Krankenkasse „Eintracht“ (KKE), Heusenstamm

- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

## § 2

### Ambulante vertragsärztliche Versorgung

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

## § 3

### Notfallbehandlungen

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

## § 4

### Abrechnung und Vergütung der stationären belegärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit

- (1) Abrechnungsfähig für den Belegarzt sind die
- von ihm oder seinem Vertreter erbrachten Leistungen,
  - von einem durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen,
  - von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegarztpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
  - besonderen Entgelte für den vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 31 Abs. 6 Arzt/Ersatzkassenvertrag.
- (2) Die Vergütung für die Leistungen der gem. § 32 des Arzt/ Ersatzkassenvertrages anerkannten Belegärzte richtet sich nach der auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vereinbarten Ersatzkassen-Gebührenordnung sowie den zwischen den Vertragspartnern getroffenen gesonderten Vereinbarungen über die Vergütung zur stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gem. Anlage 2, welche Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (3) Stationäre Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung auf einem Überweisungsschein abgerechnet. Das Feld „belegärztliche Behandlung“ ist anzukreuzen.

## § 5

### Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung

- (1) Zugezogene Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt mit der Krankenversichertenkarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6) ebenfalls gem. der Ersatzkassen-Gebührenordnung und der Anlage 2 ab.
- (2) Ambulante, vor stationärer Krankenhausaufnahme durchgeführte Untersuchungen durch einen ermächtigten angestellten Arzt für Anästhesie zur Feststellung der Narkosefähigkeit sowie Leistungen zur Planung und Durchführung einer Narkose/Anästhesie als Voraussetzung eines stationären operativen Eingriffs werden diesem Arzt nicht vergütet. Dies gilt auch, wenn diese Untersuchungen durch andere ermächtigte angestellte Krankenhausärzte durchgeführt werden.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (3) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V zur konsiliarärztlichen Untersuchung oder Behandlung hinzugezogen, so werden seine Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies gilt nicht bei Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen.
- (4) Leistungen am Aufnahmetag und ggf. im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn der Tag der Leistung und der Aufnahmetag nicht identisch sind.

## § 6

### **Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen**

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

## § 7

### **Vertragsarztstempel**

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KV. Der Arztstempel muss folgende Angaben enthalten:
  - Arztnummer
  - Name des Arztes
  - Gebietsbezeichnung des Arztes
  - Niederlassungsort
- (2) Der Verlust des Arztstempels ist der KV unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KV zurückzugeben.

## § 8

### **Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte**

- (1) Für die Prüfung der Anspruchsberechtigung der Versicherten auf vertragsärztliche Behandlung und

die Übernahme personenbezogener Daten von der Krankenversichertenkarte oder papiergebundenen Behandlungsausweisen sowie die Übernahme dieser Daten auf vereinbarte Vordrucke gelten die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages (u.a. §§ 23,24 AEKV).

- (2) Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung. Eine Haftung der Vertragsärzte bzw. der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für Behandlungs- und Verordnungskosten, die durch Vorlage von nicht offensichtlich gefälschten oder erkennbar ungültigen Krankenversichertenkarten veranlasst werden, ist ausgeschlossen.

- (3) Ist beim Einsatz einer ordnungsgemäßen Krankenversichertenkarte das Ergebnis des EDV-gestützten Verarbeitungsvorganges fehlerhaft, scheidet eine Haftung der Krankenkasse aus. Die Ersatzkassen treffen geeignete Maßnahmen, dass keine falschen Versichertenkarten im Umlauf sind.

- (4) Für Schäden (z. B. Nacherfassungskosten von Verordnungen), die bei offensichtlich nicht sorgfältiger Übertragung der übernommenen Daten und Angaben auf den vereinbarten Vordrucken entstehen, ist der Vertragsarzt gegenüber der Krankenkasse zum Ersatz verpflichtet. Die Kassenärztliche Vereinigung erfüllt den nachgewiesenen Ersatzanspruch durch Aufrechnung gegenüber der Honoraranforderung des Vertragsarztes.

## § 9

### **Verteilung der Vordrucke**

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

## § 10

### **Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung**

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt den Ersatzkassen und ihren Verbänden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 ihr Prüfregelwerk für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in der jeweils gültigen Fassung auf Papier und auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

(3) Sofern und soweit die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, werden von den Ersatzkassen sowie von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Gut- und Lastschriften bei Zustellung der Mitteilung an das am weitesten zurückliegende noch nicht abgeschlossene Quartal im Formblatt 3/3A verbucht.

(4) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnung nach Absatz 1 kann die Ersatzkasse nach § 34 Absatz 5 AEKV formlose Anträge mit Angabe der Arzt- und Fallnummer und des Quartals auf sachliche und rechnerische Berichtigung innerhalb von fünf Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen bei der Kassenärztlichen Vereinigung stellen. Über den Berichtigungsantrag erhält der betreffende Vertragsarzt einen Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Mehrfertigung dieses Bescheides stellt die KV der antragstellenden Ersatzkasse zur Verfügung. Die Berichtigungsanträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten abschließend zu bearbeiten.

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

## § 11

### Erfüllung von Ersatzansprüchen

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

## § 12

### Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein errichtet bei jeder Bezirksstelle eine Schlichtungsstelle gem. § 45 AEKV. Sie besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ersatzkassen in gleicher Zahl. Sie hat vier Mitglieder. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar eines jeden Jahres. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

## § 13

### Beteiligung an den Verwaltungskosten

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

## § 14

### Berechnung der Gesamtvergütung

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

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

## § 15

### Zahlung an den Vertragsarzt

(1) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit, ggf. auch auf Wirtschaftlichkeit und Feststellung eines sonstigen Schadens gem. §§ 44 und 45 AEKV durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam gewor-

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

den 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.

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

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

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

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

## § 17 In-Kraft-Treten und Kündigung

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

- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass für den Zwischenzeitraum vom 01. Juli 1994 bis zum 31. Dezember 2001 nach den Bestimmungen des bis zum 30. Juni 1994 geltenden Arzt/Ersatzkassenvertrages verfahren wurde.

*Düsseldorf,  
den 04.12.2001  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
gezeichnet  
Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender*

*Düsseldorf,  
den 21.02.2002  
VdAK/AEV  
Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
gezeichnet  
Wolfgang Mudra  
Leiter der Landesvertretung*

## Anlage 3 zum Gesamtvertrag

### Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - einerseits -

und

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

sowie

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

vertreten durch

### die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- andererseits -

vereinbaren als Anlage 3 zum Gesamtvertrag folgende Regelung für die Abrechnung von Schutzimpfungen (§ 4 Impfvereinbarung):

Die Leistungen je Impfung einschließlich Impfberatung und ggf. Eintragung im Impfpass werden mit 130 Punkten bewertet. Eine Mehrfach- oder Simultanimpfung gilt als eine Leistung.

Jede weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung im Anschluss an die erste Impfleistung wird mit 65 Punkten bewertet.

### Einfach-Impfungen

GO-Nr. 8902	Diphtherie
GO-Nr. 8903	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)
GO-Nr. 8904	Haemophilus-influenzae-b (Hib)
GO-Nr. 8905	Hepatitis A
GO-Nr. 8906	Hepatitis B

**A M T L I C H E**  
**B E K A N N T M A C H U N G E N**

GO-Nr. 8907	Influenza (Virusgrippe)
GO-Nr. 8908	Masern
GO-Nr. 8909	Mumps
GO-Nr. 8910	Pertussis
GO-Nr. 8911	Pneumokokken-Infektionen
GO-Nr. 8912	Poliomyelitis (IPV)
GO-Nr. 8913	Röteln
GO-Nr. 8914	Tetanus
GO-Nr. 8915	Tollwut

**Mehrfach- und Simultan-Impfungen**

GO-Nr. 8920	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DPT)
GO-Nr. 8921	Diphtherie, Tetanus (DT,Td)
GO-Nr. 8922	Diphtherie, Tetanus, Haemophilus-influenzae-b (DT-Hib)
GO-Nr. 8923	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus-influenzae-b (DPT-Hib)
GO-Nr. 8924	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus-influenzae-b (DPT-IPV-Hib)
GO-Nr. 8925	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (DPT-IPV)
GO-Nr. 8926	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus-influenzae-, Hepatitis B
GO-Nr. 8927	Masern, Mumps
GO-Nr. 8928	Masern, Mumps, Röteln (MMR)
GO-Nr. 8929	sonstige Mehrfachimpfungen

Dabei gilt die Applikation eines Mehrfachimpfstoffes als eine Leistung.

Für jede weitere Impfleistung im Rahmen der selben Arzt-Patienten-Begegnung ist die entsprechende GO-Nr. zusätzlich mit einem „B“ zu kennzeichnen.

Diese Vereinbarung tritt am 01. Juli 2001 in Kraft. Es gelten die Kündigungsregelungen gemäß § 17 des Gesamtvertrages.

*Düsseldorf,  
den 04. Dezember 2001  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein*

*gezeichnet  
Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender*

*Düsseldorf,  
den 21.02.2002  
VdAK/AEV  
Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
gezeichnet  
Wolfgang Mudra  
Leiter der Landesvertretung*

**Anlage 5 zum Gesamtvertrag**

**Vereinbarung  
gem. § 83 SGB V i. V. mit § 85  
Abs. 3 a SGB V**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

einerseits -

**und dem Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e. V., Siegburg**

sowie

**dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,  
Siegburg,**

vertreten durch

**die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

andererseits -

**über die Erbringung und Vergütung nicht-  
ärztlicher Dialyseleistungen  
(Sach- und Dienstleistungen) in der ver-  
tragsärztlichen Versorgung**

**§ 1**

**Sicherstellung der Dialysebehandlung**

Bedürfen Versicherte der Vertragskassen der Anwendung der Dialyse, so wirken die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und der VdAK/AEV zur Sicherstellung der erforderlichen ärztlichen Behandlung sowie der Sach- und Dienstleistungen zusammen.

**§ 2**

**Berechtigte Ärzte und Einrichtungen**

- (1) Die ambulante ärztliche Behandlung der Patienten obliegt den Vertragsärzten sowie den gemäß § 8 Abs. 1 i. V. mit § 8a Abs. 1 des Arzt/Ersatzkassenvertrages ermächtigten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen. Diese haben auch die Gewährleistung der zur Durchführung der Dialysebehandlung erforderlichen Sach- und Dienstleistungen nach § 6 Abs. 2 und 3 zu übernehmen, wobei sie auch Dritte beauftragen können, sofern diese die Gewähr für die ordnungsgemäße Durchführung der Sach- und Dienstleistungen bieten und eine Vereinbarung darüber nach § 6 Abs. 4 abgeschlossen worden ist.
- (2) Die Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Abrechnung von Blutreinigungsverfahren ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

- (3) Der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt bzw. die ärztlich geleitete Einrichtung zeigt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die vorgehaltenen Dialysekapazitäten und etwaige Veränderungen unter Benennung der vorhandenen Dialysesysteme an. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert ihrerseits den zuständigen Ortsausschuss des VdAK/AEV.
- (4) Die KV Nordrhein wird über die regionalen Versorgungsbedürfnisse unter Berücksichtigung eines wirtschaftlichen Einsatzes der Dialysekapazitäten Beratungen durchführen.

### § 3 Dialysearten

- (1) **Heimdialyse**  
Durch die Heimdialyse werden solche Patienten behandelt, die geeignet sind, nach besonderer Ausbildung die Dialyse zu Hause mit Unterstützung eines entsprechend angeleiteten Partners durchzuführen. Fehlen für die Heimdialyse ausschließlich die persönlichen oder räumlichen Voraussetzungen, ist die Dialyse als zentralisierte Heimdialyse (vormals Limited-Care-Dialyse) durchzuführen. Dialysepatienten, die ständig einer ärztlichen Überwachung bedürfen, sind der Zentrums-/Praxisdialyse zuzuführen.
- (2) **Kontinuierliche Peritonealdialysebehandlung (CAPD, CCPD)**  
Durch die kontinuierliche Peritonealdialysebehandlung (CAPD, CCPD) werden solche Patienten behandelt, die geeignet sind, nach besonderer Ausbildung die Dialyse selbstständig durchzuführen.
- (3) **Behandlung in Dialyseeinrichtungen**  
Unter „Dialyseeinrichtungen“ werden Arztpraxen und ärztlich geleitete Einrichtungen verstanden, welche die zur Durchführung der Dialysebehandlung erforderlichen Sach- und Dienstleistungen vorhalten. Dort wird die Dialyse unter persönlicher Verantwortung des Arztes durchgeführt und kann die Trainings-, zentralisierte Heim- und Praxis-/Zentrumsdialyse umfassen.
  1. **Trainingsdialyse**  
Erscheint ein Patient für die Heim-, zentralisierte Heimdialyse (vormals Limited-Care-Dialyse) oder ambulante Peritonealdialyse (CAPD, CCPD) geeignet, wird er durch die Trainingsdialyse zur selbstständigen bzw. weitgehend selbstständigen Durchführung der Dialyse ausgebildet und trainiert. Das Training des

Patienten sowie die Anleitung des Partners erfolgen mit Unterstützung hierfür ausgebildeten Personals.

2. **Zentralisierte Heimdialyse (vormals Limited-Care-Dialyse)**  
Durch die zentralisierte Heimdialyse werden solche Patienten behandelt, die geeignet sind, die Dialyse in Gemeinschaft mit anderen hierzu ausgebildeten Patienten mit Unterstützung durch hierfür ausgebildetes Personal durchzuführen (siehe auch § 3 Abs. 1 Satz 2).
3. **Praxis-/Zentrumsdialyse**  
Durch die Praxis-/Zentrumsdialyse werden solche Patienten behandelt, die für eine selbstständige bzw. weitgehend selbstständige Durchführung der Dialyse nicht geeignet sind und einer ständigen ärztlichen Überwachung bedürfen.
4. **Intermittierende Peritonealdialysebehandlung (IPD) als Zentrums- bzw. Praxisdialyse**  
Durch die intermittierende Peritonealdialyse werden solche Patienten behandelt, die für eine selbstständige Durchführung der Peritonealdialyse nicht bzw. vorübergehend nicht geeignet sind und einer ständigen ärztlichen Überwachung bedürfen.

### § 4 Ärztliche Aufgaben

- (1) Der für die Dialysebehandlung verantwortliche Arzt entscheidet unter Berücksichtigung der Eignung des Patienten, der medizinischen Notwendigkeit und der Beachtung der Wirtschaftlichkeit über die Dialyseart. Die Möglichkeiten der Zuführung eines Patienten aus der Praxis-/Zentrumsdialyse zu Heimdialyseverfahren, insbesondere zur Peritonealdialysebehandlung, sind stets zu kontrollieren und durch geeignete Maßnahmen zu fördern.

Die Notwendigkeit der Erstanwendung der Dialyse sowie die medizinisch indizierte Behandlungsart ist der zuständigen Vertragskasse durch Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung (Muster 16 der Vordruckvereinbarung) anzuzeigen. Eine nicht mögliche Eigenbehandlung ist zu begründen. Die Vertragskasse erklärt sich nach Prüfung zur Kostenübernahme, mit Ausnahme einer Akut-Indikationsstellung.

Ergeben sich bei der Dialysebehandlung Hinweise darauf, dass die Nierenschädigung Folge eines Unfalls, einer Schädigung im Sinne des BVG oder einer anerkannten Berufskrankheit ist, so ist dies an-

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

zugeben. Die Vertragskasse bestätigt die Anspruchsberechtigung.

(2) Unabhängig von der jeweiligen Dialyseart gehören zu den ärztlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Dialysebehandlung insbesondere folgende Leistungen:

1. Die regelmäßige Beratung und Untersuchung des Patienten einschließlich der sozialen und psychischen Betreuung des Patienten und seiner Familienangehörigen,
2. die Auswertung der Dialyseprotokolle,
3. der ärztliche Bereitschaftsdienst,
4. die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Patienten und ggf. die Beratung mit anderen, an der Behandlung beteiligten Ärzten,
5. die durch die Dialyse bedingten diagnostischen und therapeutischen Leistungen,
6. die Überweisung bzw. Übernahme des Patienten in ein Dialysezentrum zur Behandlung bei Komplikationen, die eine Fortsetzung der gewählten Dialyseart nicht gestatten,
7. die Prüfung, ob der Patient für eine Nierentransplantation geeignet ist, und ggf. Veranlassung bzw. Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Vorbereitung einer Transplantation.

(3) Der Arzt hat sich bei der Heimdialyse und ambulanten Peritonealdialysebehandlung (CAPD, CCPD) in regelmäßigen Abständen durch Hausbesuche über den Krankheitszustand des Patienten, die sonstigen krankheitsbedingten Umstände und die Einhaltung der Hygienevorschriften zu informieren. Darüber hinaus hat er den Patienten über den sparsamen Gebrauch der Dialysehilfsstoffe zu beraten. Bei technischen Störungen der Geräte in der Heimdialyse veranlasst der Arzt die Beseitigung von Fehlern durch Unterrichtung eines für die Gewährleistung der Betriebssicherheit verantwortlichen Dritten.

(4) Hat der Arzt bei Heimdialysepatienten darüber hinaus die Gewährleistung der Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 übernommen, obliegt ihm auch die Organisation der Betreuung durch Einsatz von Technikern, Handwerkern und ausgebildeten Hilfskräften.

(5) Bei der Durchführung der Trainingsdialyse und der Praxis-/Zentrumsdialyse hat der Arzt anwesend zu sein, bei der zentralisierten Heimdialyse muss der Arzt ständig erreichbar und kurzfristig verfügbar sein.

(6) Sofern ein Patient für die Heim-, zentralisierte Heimdialyse oder ambulante Peritonealdialysebe-

handlung (CAPD,CCPD) geeignet erscheint, hat der verantwortliche Arzt das entsprechende Dialysetraining durchzuführen bzw. zu veranlassen sowie im Falle der Heimdialyse bei der Auswahl eines für den Patienten geeigneten Dialysegerätes mitzuwirken.

## § 5

### Vergütung der ärztlichen Leistungen

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach § 4, insbesondere ihre Abgeltung durch die Gebühr für die ärztliche Betreuung, richtet sich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung (E-GO).

## § 6

### Sach- und Dienstleistungen

(1) Der die Dialysebehandlung erbringende Arzt verpflichtet sich, die zur qualitativ hochwertigen Dialyseversorgung notwendigen Sach- und Dienstleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen.

(2) Werden die Sach- und Dienstleistungen für die unterschiedlichen Dialysearten von einem Vertragsarzt, einem ermächtigtem Arzt oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung zur Verfügung gestellt und vom Patienten in Anspruch genommen, zahlen die Vertragskassen den für die jeweilige Dialyseart vereinbarten Pauschalbetrag gemäß § 7.

(3) Von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung ist sicherzustellen, dass – abhängig von der jeweiligen Dialyseart – folgende Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung stehen:

1. Bereitstellung, Installation und Anschluss aller für die Dialysebehandlung erforderlichen Einrichtungen, Geräte und Nebenanlagen sowie Gewährleistung der Betriebssicherheit,
2. Reparaturen und Wartung der nach Nr. 1 zur Verfügung gestellten Einrichtungen, Geräte und Nebenanlagen,
3. Dialysehilfsstoffe und Medikamente, die zur technischen Durchführung der Dialyse notwendig sind,
4. Abschluss von Versicherungen, die solche Personen-, Sach- und Vermögensschäden decken, die unmittelbar oder mittelbar durch die unter Nr. 1 genannten Einrichtungen, Geräte und Nebenanlagen sowie deren Anwendung eintreten - eine Haftung sowohl der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als auch des VdAK/AEV und deren Mitgliedskassen ist ausgeschlossen -,

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

5. Organisation und Überwachung des pflegerischen und technischen Bereitschaftsdienstes,
6. Beköstigung des Patienten.

CAPD-Disconnect  
GO-Ziffer 8540 O DM 275,00 (€ 140,61)

- (4) Im Falle der Heimdialyse sind zusätzlich sicherzustellen:

CCPD  
GO-Ziffer 8540 P DM 307,00 (€ 156,97)

1. Bereitstellung einer entsprechend ausgebildeten Hilfskraft für den Fall, dass der Dialysepartner kurzfristig nicht zur Verfügung steht; sollte dieser auf eine Dauer von mehr als 14 Tagen nicht verfügbar sein, so ist die Behandlung durch eine andere Dialyseart fortzusetzen,
2. Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten,
3. Einrichtung eines Telefonanschlusses sowie Erstattung der monatlichen Telefongrundgebühren an den Heimdialysepatienten - auch bei der ambulanten Peritonealdialysebehandlung (CAPD,CCPD) -,
4. Gewährleistung eines jederzeit verfügbaren Auffangplatzes.

## § 7

### Abgeltung der Sach- und Dienstleistungen

- (1) Abgeltung der Kosten für Sach- und Dienstleistungen bei Dialysebehandlungen und anderen Blutreinigungsverfahren:

1. a. Hämodialyse, auch Hämofiltration, Hämodiafiltration oder isolierte Ultrafiltration, als Zentrums-/Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse (vormals Limited-Care-Dialyse)

GO-Ziffer 8502 DM 365,00 (€ 186,62)

1. b. Hämodialyse gemäß 1. a., jedoch als Heimdialyse

GO-Ziffer 8502 G DM 261,00 (€ 133,45)

1. c. Hämodialyse gemäß 1. a., jedoch als Training des Patienten und seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf die Heimdialyse

GO-Ziffer 8502 H DM 465,00 (€ 237,75)

2. IPD (intermittierende Peritonealdialyse) als Zentrums-/Praxisdialyse

GO-Ziffer 8502 I DM 591,00 (€ 302,17)

3. a. CAPD (kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse) als Eigenbehandlung

GO-Ziffer 8502 K DM 93,00 (€ 47,55)

je Dialyse mit Disconnect System

GO-Ziffer 8502 L DM 124,00 (€ 63,40)

3. b. CCPD (kontinuierliche cyclische Peritonealdialyse) als Eigenbehandlung

GO-Ziffer 8502 M DM 156,00 (€ 79,76)

3. c. CAPD bzw. CCPD als Training des Patienten und ggf. seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf die Eigenbehandlung

CAPD

GO-Ziffer 8540 N DM 244,00 (€ 124,76)

## § 8

### Abrechnung

Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Die Pauschalbeträge zur Abgeltung der Sach- und Dienstleistungen (§ 7) sind über den Behandlungsausweis unter Angabe der von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein angegebenen Codierziffern abzurechnen.

Bei der Heimdialyse sind der Abrechnung die vom Arzt und vom Patienten unterschriebenen Dialyseprotokolle beizufügen, welche den Namen und die Kassenzugehörigkeit des Patienten sowie das Datum enthalten müssen, an dem jeweils die Dialyse durchgeführt wurde.

## § 9

### Qualitätssicherung

Die Vertragspartner verständigen sich, nähere Einzelheiten zu einer Qualitätssicherung auf dem Dialysektor einschließlich einer entsprechenden Dokumentation zu regeln.

## § 10

### In-Kraft-Treten, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2001 in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum 31. März 2003, gekündigt werden. Die vertragliche Regelung gilt solange fort, soweit dieser bundesmantelvertragliche bzw. EBM-Regelungen nicht entgegenstehen.

*Düsseldorf,  
den 20.02.2002  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein*

*Düsseldorf,  
den 21.02.2002  
VdAK/AEV -  
Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen*

*gezeichnet  
Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender*

*gezeichnet  
Wolfgang Mudra  
Leiter der Landesvertretung*

**A M T L I C H E**  
**B E K A N N T M A C H U N G E N**

**Anlage 6 zum Gesamtvertrag**

**Strukturvertrag**  
gem. § 73 a SGB V

**zur Förderung ambulanter Operationen in der  
vertragsärztlichen Versorgung**

**zwischen der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
- vertreten durch den Vorstand -**

**und dem**

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

**sowie dem**

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

**vertreten durch die VdAK/AEV-Landesvertre-  
tung Nordrhein-Westfalen**

Die vorgenannten Vertragspartner schließen diesen Vertrag mit Wirkung für die

BARMER Ersatzkasse, Wuppertal  
Deutsche Angestellten-Krankenkasse, (DAK),  
Hamburg  
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover  
Hamburg-Münchener-Krankenkasse (HaMü),  
Hamburg  
Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg  
Handelskrankenkasse (HKK), Bremen  
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd  
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe,  
Hamburg  
BRÜHLER – Die Ersatzkasse, Solingen  
Buchdrucker Krankenkasse (BK), Hannover  
Krankenkasse Eintracht (KEH), Heusenstamm

**Präambel**

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Vielzahl operativer Eingriffe in Krankenhäusern erfolgt, obwohl deren Erbringung in der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der medizinischen Standards möglich, sinnvoll und aus Sicht des Patienten wünschenswert wäre. Ziel dieser Vereinbarung

ist es, die Erbringung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern.

**§ 1**

**Gegenstand des Vertrages**

Gegenstand dieses Strukturvertrages ist die Förderung ausgewählter ambulanter Operationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die ambulanten Operationen, die nach diesem Vertrag erbracht werden können, ergeben sich aus der einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern festgelegten Liste förderungswürdiger Operationen (Anlage).

**§ 2**

**Teilnahmeberechtigte Ärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein niedergelassene und ermächtigte Vertragsärzte, die auf Grund der Erfüllung der berufsrechtlichen Vorgaben die Qualifikation zur Erbringung der in der Anlage genannten Operationen erworben haben.
- (2) Der jeweilige Vertragsarzt erklärt seine Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Diese überprüft das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen in Bezug auf die Durchführung der betreffenden Operationsleistungen.
- (3) Anästhesisten, (niedergelassene und ermächtigte Vertragsärzte) nehmen ebenfalls durch Annahme eines von einem Operateur ausgestellten Zielauftrages an diesem Vertrag teil, sofern sie ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVNo erklären.

**§ 3**

**Qualitätssicherung**

- (1) Der teilnehmende Vertragsarzt nach § 2 Abs. 1 verpflichtet sich, die Kriterien des Vertrages zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gem. § 115 b SGB V in vollem Umfang zu erfüllen. Er erklärt, dass er mit der Begehung seiner Operationsräume durch je einen von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den Ersatzkassen in Nordrhein benannten Vertreter einverstanden ist.
- (2) Der teilnehmende Vertragsarzt nach § 2 Abs. 1 füllt für jede im Rahmen dieses Vertrages erbrachte ambulante Operation einen Dokumentationsbogen nach der Vereinbarung über die Umsetzung des Vertrages von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (§ 115 b SGB V) aus.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (3) Voraussetzung für eine Teilnahme eines Vertragsarztes nach § 2 Abs. 1 an diesem Vertrag ist eine qualitätsgesicherte Indikationsstellung. Von den Fachgesellschaften erarbeitete Indikations- und Behandlungsleitlinien sind zu beachten.

## § 4

### Information der Patienten und Vertragsärzte

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wird die Vertragsärzte in geeigneter Weise auf die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Strukturvertrag hinweisen und die Teilnahmevoraussetzungen darlegen. Die Ersatzkassen in Nordrhein werden ihre Versicherten in geeigneter Weise über die Möglichkeiten der Durchführung ambulanter Operationen informieren.

Die Vertragspartner analysieren das Einweisungsverhalten der Ärzte in Krankenhäuser mit dem Ziel, die Umsetzung des Vertrages zu optimieren.

## § 5

### Vergütung und Abrechnung

- (1) Die nach diesem Vertrag in den jeweiligen Quartalen IV/1999 bis III/2000 erbrachten Leistungen des ambulanten Operierens, der ggf. zugeordneten Zuschlagsziffern sowie der von Anästhesisten erbrachten E-GO-Ziffern 90 und 462 (ohne Leistungen im Kontext des Modellvorhabens über eine abgestufte, flächendeckende Versorgung mit Kataraktoperationen) werden mit dem kassenspezifischen Punktwert für das ambulante Operieren ermittelt und aus der budgetierten Gesamtvergütung je Teilnehmer an diesem Vertrag (Kopfpauschale gemäß Anlage 1 zum Honorarvertrag 2000) herausgerechnet.
- (2) Die Vergütung der nach diesem Vertrag erbrachten ambulanten Operationen sowie der übrigen Leistungen gemäß Abs. 1 erfolgt aus einem gesondert hierzu bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gebildeten Honorartopf innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen werden seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein aus dem nach Absatz 1 gebildeten Honorartopf mit einem Punktwert in Höhe von 8,7 DPf. (ab 1.1.2002 = 4,4482 Cent) bedient.
- (3) Wird das von der Kassenärztlichen Vereinigung eingestellte Honorarvolumen bedingt durch die Erbringungsfrequenz ambulanter Operationsleistungen sowie der übrigen Leistungen gemäß Abs. 1 nach diesem Vertrag ausgeschöpft, werden die zusätzlichen Leistungsanforderungen von der jeweiligen Ersatzkasse getragen und ebenfalls mit einem Punktwert nach Absatz 2 vergütet. Die Vergütung

zusätzlich erbrachter ambulanter Operationen sowie der übrigen Leistungen gemäß Abs. 1 nach diesem Vertrag erfolgt bis zur Erreichung eines Gesamtbetrages in Höhe von maximal

**13 800 000,00 DM**  
**(ab 1.1.2002 = 7 055 827,96 €)**

pro Kalenderjahr.

- (4) Die Honorare gemäß den Absätzen 2 und 3 sind Bestandteil der budgetierten Gesamtvergütung mit der Maßgabe, dass Zahlungen der Ersatzkassen gemäß Absatz 3 nur in Abhängigkeit von tatsächlich erbrachten, zusätzlichen Leistungen erfolgen.
- (5) Überschreitet der abgerechnete Leistungsbedarf die zur Verfügung gestellten Mittel, erfolgt eine entsprechende Quotierung der Punktwerte für die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen. Wird der vorgenannte Betrag durch zusätzliche Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang beansprucht, erfolgt keine bzw. eine anteilige Zahlung der Ersatzkassen an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.
- (6) Die KV Nordrhein übermittelt der jeweiligen Ersatzkasse im Einzelnen sowie der VdAK/AEV-Landesvertretung NRW gesamt einen quartalsbezogenen Nachweis bezüglich der Budgetbereinigung nach Absatz 1 und der Ausschöpfung der zusätzlichen Geldmittel nach Absatz 3.

## § 6

### Sicherstellung

Die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Sicherstellung und Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung nach den §§ 73, 75 SGB V wird durch diesen Vertrag nicht berührt.

## § 7

### Sprechstundenbedarf

Die vertraglichen Regelungen über die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs in ihrer jeweils gültigen Fassung bleiben unberührt.

## § 8

### In-Kraft-Treten / Geltungsdauer

- (1) Dieser Strukturvertrag tritt am 01. Oktober 2000 in Kraft. Eine Kündigung ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens jedoch zum 31.12.2002 möglich. Erfolgt keine Kündigung der Vereinbarung, verlängert sich die Laufzeit um ein weiteres Jahr.

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- (2) Mit In-Kraft-Treten einer die Inhalte dieses Vertrages berührenden Änderung der E-GO tritt diese Vereinbarung außer Kraft, es sei denn, die Vertragspartner verständigen sich auf eine Fortgeltung bzw. Modifizierung. Soweit sich gesetzliche Änderungen ergeben, die diesen Vertrag tangieren, besteht ein Sonderkündigungsrecht.
- (3) Die Vertragspartner kommen überein, den Katalog ambulanter Operationen unter Berücksichtigung der Vertragsziele zeitnah den Erfordernissen der Versorgung anzupassen. Wird keine Einigung über

eine Anpassung erreicht, bleibt es bis zur ihrer Beendigung bei der bisherigen Vereinbarung.

*Düsseldorf,  
den 11. Juni 2001  
Kassenärztliche  
Vereinigung Nordrhein  
gezeichnet  
Dr. Leonhard Hansen  
Vorstandsvorsitzender*

*Düsseldorf  
den (o.Datum)  
VdAK/AEV-  
Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
gezeichnet  
Wolfgang Mudra  
Leiter der Landesvertretung*

## Anlage zum Strukturvertrag. Liste förderungswürdiger Operationen

E-GO-Ziffer	Kurzdefinition	Zuschl.ziff.
183	Sterilisation Mann	184
187	Sterilisation Frau	188
1060	Ausräumen Blasenmole o. missed abortion	83
1104	Abrasio d. Geb.mutterhöhle u. -halskanal	82
1150	Op.Adnexen u./o. Geb.mutter (versch. Op-meth.)	85
1348	Diszission d. Linse o. Nachstar o. Linsenkapsel	83
1351	Op. Grauer Star incl. Implantation IOL	85
1355	Implantation IOL, als selbst. Leistung	85
1359	Operative Regulierung d. Augeninnendrucks	83
1361	fistelbildende Op. bei Glaukom....	86
1366	Beh. Vaskuläre Netzhauterkrankung	83
1368	Op.NHablösg.m.eindell.Maßn.+Glaskörperchir.	J.
1371	GKstrangdurchtrennung u/o pars-plana-Vitrek.	87
1425	Plast. Korrektur am Nasenseptum u. Weichteile	83
1426	Plast. Korrr. a. Nasensep.,Weicht.,kn.Nasenger.	85
1453	Radikalop. Einer Kieferhöhle	83
1457	Op. Eröff. e. Stirnhöhle u. ggf. Siebbeinzellen .....	83
1460	Keilbeinhöhlenop. o.Ausräumung Siebbeinzellen..	83
1485	Adenotomie (Rachenmandel)	83
1520	Mikrochir. Entf. Polypen aus Kehlkopf	83
1549	Bes.Stenose/Exostose i.knöch.Teil d. Gehörgang	86
1557	Anlage einer Paukenöhlendrainage	80
1566	Myringoplastik vom Gehörgang aus	83
1572	Op. e. Mittelohrtumors o. Cholesteatoms	86
1576	Tympanoplastik mit Interposition	86
1577	Tym.plastik m.Interp. u. Aufbau Gehörknöch.kette	86
1580	Op. Korrektur eines abstehenden Ohres	84
1741	Plast. Op. der Vorhaut u/o des Frenulums	81
1742	Operat. Durchtrennung d. Frenulum Praeputii	J.
1743	Phimosenop. durch Ringligatur der Vorhaut	J.
1768	Operation eines Leistenhodens	85
1777	Teilresektion der Prostata	83
2110	Diagn.Exstirp.e.tastb.Mammatu.o.Entf.submyof.....	82
2111	Diagn.Exstirp.e.in bildgeb.Verf.auffäll.nicht alsTu...	82
2115	Mastektomie o. Teilresektion e. Brustdrüse	85
2121	Ausräumen d. regionären Lymphstromgebietes....	85
2125	Reduktionsplastik der Mamma	85
2130	Aufbaupl. d. Mamma, ggf.einschl.Impl.e. Prothese	85
2131	Rek.Aufbaupl.n.Mammaamp.,ggf.e.Impl.e.Proth.	85
2132	wie 2131, einschl.Verschielbelappenplastik	85
2245	Präparation u. Naht einer Strecksehne...	83
2246	Präparation u. Naht einer Beugesehne...	85
2256	Op.Lösung v.Verwachsng.mehr.Sehnen	83
2270	Op. Dupuytren'sche Kontraktur (M.Ledderhose)	85
2271	Op. Dupuy. K.m.part. Entf. Palmaraponeurose	85
2273	Op. Pupuy. K.m. vollst. Entf.Palmaraponeurose	86
2275	Op. d. Karpal- o. Tarsaltunnelsyndroms	85
2276	Op eines peripheren Nervenengpaßsyndrome	85

E-GO-Ziffer	Kurzdefinition	Zuschl.ziff.
2341	Osteosynthese e.kl. Röhrenknochens o. Rippe	83
2342	Osteosyn. Schlüsselbein,Olekranon,Kniesch....	83
2345	Osteosyn. Radius,Ulna,Fibula o.gr. Röhrenkn.	86
2352	Osteotomie u/o Resektion kl. Knochen.....	86
2362	Entf. Osteosyn.material aus kleinen Knochen	83
2363	Entfern. Osteosyn.mat. aus gr. Knochen	85
2370	Nekrotomie o. Op.Exostose/Kn.zyste kl. Knochen	83
2371	Nekrotomie o. Op.Exostose/Kn.zyste gr. Knochen	85
2375	Resektion kl. Knochen, ggf. Impl. autol. Material	83
2376	Operativer Ersatz Handwurzelkn. duch Implantat	86
2381	Exostosen-Abmeißelung bei Hallux valgus	84
2382	Op. des Hallux valgus....	86
2391	Op. Beh. Bandsch.vorfall in einem Segment...	86
2392	Op. Beh. Bandsch.vorfall in zwei o. drei Segm...	86
2426	Bandplastik Sprunggel. u/o Syndesmose	86
2436	Op. Entf. freier Gelenkkörper ...	86
2437	Operative Entf. Kniekehlezyste (Bakerzyste)	86
2441	Synovektomie Hand- o. Fußgelenk	83
2442	Synovektomie Schulter-, Ellenbogen- o. Kniegel.	86
2447	Resezierende arthroskopische Op.....	86
2449	Rekonstruktive athroskopische Op.....	86
2467	Op. d. Epicondylitis radialis oder ulnaris	85
2480	Arthroplastik Finger- o. Zehengelenk	83
2481	Arthroplastik Kiefer-, Hand- o. Fußgelenk	83
2482	Arthroplastik Ellenbogen-,Schulter- o. Kniegelenk	86
2620	Op. eines Leisten- o. Schenkelbruches	86
2621	Op. eines Nabel- o. Mittellinienbruches	85
2622	Op.e.Nabel- o. Mittellinienbruches m.Versch.pl.	86
2626	Op.eingekl.Leisten- o. Schenkelbr./Op. Narbenb.	86
2634	Laparoskopie / Pelviskopie	85
2640	Exstirpation der Gallenblase (Cholezystektomie)	J.
2700	Exstirpation des Wurmfortsatzes (Appendektomie)	86
2730	Vollst.Exis.Pilonidalsinus,ggf.mit Steißbeinres.	83
2751	Exision v. Hämorrhoidalknoten	85
2815	Schrittmacher-Erstimplantation.....	86
2816	Wechsel d. Schrittmacher-Aggregates	84
2821	Implantation eines Port zu e. Gefäß ...	83
2827	Freilegung eines Blutgefäßes am Hals ...	83
2850	Anlage e. arterio-ven. Shunts z. Hämodialyse	83
2851	wie 2850, mit freiem Transplantat	85
2852	Beseitigung e. arterio-venösen Shunts	83
2860	Exstirp.o.subfasz.Ligatur v. Seitenastvarizen	84
2861	Crossektomie d. Vena saphena parva,....	85
2862	Crossektomie d. Vena saphena magna,....	86
2870	Rekonst. Op. an den Körpervenen	86
2936	Neurolyse m. Nervenverlagerung u.Neuinebettg.	83
3083	Einrichtg. u. Fixation e. gebrochenen Kiefers	86
3092	Operat.Anl.e.Schiene a.gebr.Ober- o.Unterkiefer	86