

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

90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

Für Erwachsene:

90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90974	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90975	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90976	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem

	Ereignis
90977	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Gliederung und Muster der Honorarstatistiken

- (1) Die KV Nordrhein gliedert für jedes Abrechnungsquartal die sachlich und rechnerisch geprüften ärztlichen Leistungen in Gesamtübersichten vor Prüfung und in Frequenztabellen, die jeweils arztbezogen und fachgruppenbezogen zu erstellen sind.
- (2) Die Gesamtübersichten vor Prüfung gliedern die Leistungen auf der Grundlage des EBM in die Leistungsbereiche ambulante ärztliche Behandlung und stationäre ärztliche Behandlung und in diesem Rahmen jeweils in die Leistungsarten kurative Behandlung, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Die Leistungsart kurative Behandlung wird jeweils zusätzlich in folgenden Leistungssparten ausgewiesen:
 - a) Gesamtleistungen
 - b) Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen ohne Methadon
 - c) Arztgruppenspezifische Leistungen
 - d) Versorgungsbereich hausärztlich:
 - Hausärztliche Strukturleistungen (ohne Ord.)
 - Ordinationskomplex
 - Allgemeine hausärztliche Versorgung
 - Hausärztliche Leistungen bei Kindern/Jugendlichen
 - e) Versorgungsbereich fachärztlich:
 - Ordinationskomplex
 - Diagn./therap. Grundleistungen/Schwerpunkt
 - f) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Punkte) (ohne Kapitel 31 und Laborgrundgebühr)
 - g) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Euro)
 - h) Kosten
 - i) Mutterschaftsvorsorge
 - j) Früherkennungsuntersuchungen
 - k) Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V neu in den Bewertungsmaßstab eingebracht werden, sind entsprechend ihrem Leis-

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

tungsinhalt in die vorgenannten Leistungssparten einzuordnen.

- (3) Zu den Einzelposten der Abrechnungsgliederung nach Abs. 2 weisen die Gesamtübersichten aus: bezogen auf die Leistungsarten und Leistungsbereiche die Anzahl der zugehörigen Abrechnungsfälle, jeweils getrennt nach M, F, R, G und hinsichtlich der Leistungsart kurative Behandlung jeweils unter separater Angabe der Anzahl der Sekundärscheine (Überweisungen, Zuweisungen-, hiervon Notdienst- und Vertreterfälle jeweils als „Davon-Zahl“); in den arztbezogenen Gesamtübersichten sind den vorgenannten Fallzahlen des einzelnen Arztes die durchschnittlichen Werte der Fachgruppen unter Angabe der absoluten und prozentualen Abweichungen gegenüberzustellen;

bezogen auf die Leistungsbereiche, Leistungsarten und Leistungssparten die Honoraranforderung in EBM-Punkten insgesamt und je Behandlungsfall; dabei werden für die Leistungsarten ambulante kurative Behandlung und stationäre kurative Behandlung und die zugehörigen Leistungssparten gewichtete Fallwerte ermittelt. Die Fallwertgewichtung ergibt sich aus der Division der absoluten Honoraranforderungen der vorgenannten Leistungsarten und -sparten durch die gewogenen Fallzahlen dieser Leistungsarten und -sparten. Die jeweils gewogene Fallzahl ergibt sich durch Summation der gewogenen Mitgliederfallzahl, der gewogenen Familienangehörigenfallzahl und der gewogenen Rentnerfallzahl. Die jeweils gewogene Fallzahl der Mitglieder, Familienangehörigen und Rentner ergibt sich durch Multiplikation der entsprechenden Fallzahlen mit den entsprechenden Gewichtungsfaktoren. Der entsprechende Gewichtungsfaktor ergibt sich aus dem jeweiligen Quotienten der durchschnittlichen Honoraranforderung der Fachgruppen für Mitglieder/Familienangehörige/Rentner pro Fall zu dem allgemeinen Durchschnitt pro Fall.

In den arztbezogenen Gesamtübersichten als Vergleichsgrößen zu den Abrechnungswerten nach Nr. 2 die durchschnittlichen Honoraranforderungen in EBM-Punkten je Behandlungsfall bei der Fachgruppe und die sich absolut und in Prozent ergebenden Abweichungen.

Die jeweiligen Fachgruppenwerte für die Leistungsbereiche, -arten und -sparten ergeben sich aus einem Anwendervergleich. Im Rahmen des Anwendervergleichs fließen in die Fachgruppenwerte zu jeder einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrunde liegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Fachgruppen gemäß Anlage 1 ein, die die jeweilige Leistung eben-

falls abgerechnet haben. In dieser Weise erfolgt eine Summation der Einzelleistungswerte zu sparten-, arten- bzw. bereichsbezogenen Fallwerten. Leistungen, die der Arzt selbst nicht erbringt, bleiben bei der Berechnung des anwenderbezogenen Fachgruppendurchschnitts unberücksichtigt; bezogen auf die Zahl der Überweisungen und Zuweisungen nach Nr. 1 die Arztnummern der überweisenden Ärzte mit der jeweils zugehörigen Anzahl an Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheinen, die veranlassten Überweisungen/Zuweisungen in den Angaben entsprechend Nr. 4 sowie das zugehörige Honorarvolumen werden in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) zur Verfügung gestellt.

- (4) Die Frequenztabellen weisen zusätzlich zur Angabe der Gesamtzahl der Ärzte innerhalb der Fachgruppen aus:

- a) die Zahl der abgerechneten einzelnen Leistungen absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle. Hierbei wird die Abrechnungsfallzahl des jeweiligen Leistungsbereiches bzw. der jeweiligen Leistungsart zugrunde gelegt,
- b) bezogen auf die Werte nach Nr. 1 die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit innerhalb der Fachgruppe auf 100 Behandlungsfälle unter Zugrundelegung eines reinen Anwendervergleichs und die daraus resultierende prozentuale Abweichung zu den Abrechnungsfrequenzen nach Nr. 1,
- c) zu jeder Leistung die Anzahl der sie abrechnenden Ärzte aus der Fachgruppe,
- d) in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) Art und Häufigkeit der Leistungen, die als Folge von Überweisung oder Zuweisung des geprüften Arztes an andere Ärzte erbracht wurden.

- (5) Die Gesamtübersichten vor Prüfung und die Frequenztabellen sind bezogen auf die Fachgruppen gemäß Anlage 1 und auf den gesamten Bereich der KV Nordrhein zu erstellen; sie bilden die Prüfgrundlage. Die Einordnung der Ärzte in Fachgruppen ergibt sich aus der Anlage 1.

Anhang 1

Verfahren zum Ausgleich des durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen festgesetzten Rückforderungsbetrages der Krankenkassen gegenüber dem Vertragsarzt aufgrund individuell festgestellter Unwirtschaftlichkeit bei verordneten Leistungen (Prüfung bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens gem. §§ 84 Abs. 6 sowie 106 Abs. 5c SGB V bzw. § 11 der Prüfvereinbarung)

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

1. Die Prüfungsstelle teilt der KV Nordrhein und den Landesverbänden einmal im Quartal die durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen gem. § 106 Abs. 5a SGB V bzw. § 11 der Prüfvereinbarung festgesetzten Regressbeträge arztbezogen unter Beifügung der jeweiligen Beschlüsse schriftlich mit.
2. Auf der Grundlage dieser Mitteilung ermittelt die KV Nordrhein die auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Anteile an den Regressbeträgen und verrechnet diese anschließend mit den von den jeweiligen Krankenkassen zu leistenden Restzahlungen im Rahmen der nächst erreichbaren Quartalsabrechnung. Die verrechneten Beträge sind in den jeweiligen Rechnungsbriefen gesondert auszuweisen.

Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK Nordrhein
Kölner Str. 3, 51435 Bergisch Gladbach

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 69, 40210 Düsseldorf

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 69, 40210 Düsseldorf

über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2008

§ 1

Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.

§ 2

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2008 abschließend auf den Betrag von

2.969.962.369,50 EUR

festgelegt.

§ 3

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung obliegt der von den Vertragspartnern gebildeten und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 sowie zur Erreichung der nach § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor.
- (2) Zu den nach Absatz 1 genannten Maßnahmen zählen insbesondere die Information der Vertragsärzte über den Ausschöpfungsgrad des nach § 2 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie die Information der Vertragsärzte über den Zielerreichungsgrad bzw. die Zielabweichung entsprechend der in § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.

§ 4

Zielvereinbarung

- (1) Um eine nach gemeinsamer Beurteilung qualifizierte und wirtschaftliche Arznei- und Verbandmittelversorgung im Kalenderjahr 2008 zu erreichen, ver-