

Amtliche Bekanntmachungen

Leverkusen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (5/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mettmann, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (1/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mönchengladbach, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (28/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Mülheim, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (0/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Oberberg, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (4/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Oberhausen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (6/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Remscheid, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (14/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein.-Berg. Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (0/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Erft-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (1/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Kreis Neuss	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (3/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Rhein-Sieg-Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (0/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Solingen, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (23/0)	gesperrt	gesperrt	offen
Viersen, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (8/0)	gesperrt	gesperrt	offen (2)
Wesel, Kreis	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (14/0)	gesperrt	gesperrt	gesperrt
Wuppertal, Stadt	gesperrt	gesperrt	gesperrt	gesperrt (41/0)	gesperrt	gesperrt	offen

Verwaltungskostensatz für das Jahr 2008

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2008 in Höhe von € 85.100.000,00, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 2,8 % des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung per Diskette vornehmen, zahlen 2,8 % (Prozentpunkte), nicht per Diskette abrechnende Mitglieder 0,7 %-Punkte mehr (3,5 %).

Zusätzliche Verwaltungskostensätze für Praxisnetze/Notfallpraxen im Bereich der KV Nordrhein werden zur Deckung der dort anfallenden Kosten lt. § 9 Abs. 3 der Satzung der KV Nordrhein bei Bedarf vom Vorstand festgesetzt.

gez. Dr. Christiane Friedländer
Vorsitzende der Vertreterversammlung

Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

Dem Vertrag nach § 73 c SGB V zwischen der KV Nordrhein und der IKK Nordrhein sind die Vereinigte IKK, die IKK Thüringen und die IKK Sachsen mit Wirkung zum 01.10.2007 beigetreten. Die Vertragsinhalte des Vertrages mit der IKK Nordrhein gelten in vollem Umfang.

Honorarverteilungsvertrag

Vereinbarung auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand und dieser vertreten durch den Vorsitzenden

- einerseits -

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand und dieser vertreten durch ein Mitglied des Vorstandes

dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, Essen, vertreten durch den Vorstand und dieser vertreten durch den Vorsitzenden

der IKK Nordrhein, Bergisch-Gladbach, vertreten durch den Vorstand und dieser vertreten durch die Vorsitzende

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, Münster, vertreten durch den Hauptgeschäftsführer

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

sowie

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

- andererseits -

Präambel

Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist der anzuwendende Honorarverteilungsvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zu vereinbaren. Die Vertragspartner vereinbaren, dass auf Grund der Einführung eines eigenen Kapitels für belegärztliche Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM) und der damit einhergehenden Änderung der Finanzierung zum 01.04.2007 die Regelungen zu § 8 neu zu fassen sind.

Auf Grund dessen kommt für den Zeitraum vom 01.01.2008 der am 01.07. 2007 geltende Honorarverteilungsvertrag, in der Fassung vom 31.05.2007 Rheinisches Ärzteblatt 7/2007, Seite 54 ff. zur Anwendung. Hierzu werden die nachstehenden Vorschriften wie folgt gefasst; im Übrigen gilt der Honorarverteilungsvertrag unverändert weiter.

§ 8 Belegärztliche Tätigkeit

- 1) Dem nach § 31 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach

- § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Leistung nach der Nr. 01414D, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Dringende Visiten auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume können nach der Nr. 01412 EBM abgerechnet werden. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt zusätzlich die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld ansetzen. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.
- 2) Die Grundsätze des Vertrages nach § 115b SGB V auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sind zu beachten, insbesondere der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe sowie die relevanten Ausnahmetatbestände.
- 3) Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in Abs. 4 Buchstabe d genannten Leistungen), 3.2, 3.3.2, 4.2, 4.3.2, 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in Abs. 4 Buchstabe d genannten Leistungen), 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 35.1, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 03120, 04120, 05220, 06220, 07220, 08220, 08542, 09220, 10220, 10330, 11220, 13220, 13300, 13500, 13501, 13502, 13550, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 14240, 14313, 14314, 15220, 16220, 16230, 16231, 18220, 20220, 21230, 21231, 21232, 26220, 27220, 30700, 30701, 32000, 32001 und 40100 ausgeschlossen.
- 4) Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
- a) die Leistungen des Kapitels 36 zu 100 %.
- b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3, 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
- c) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d) bis i) aufgeführten Leistungen,
- d) die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in Abs. 3 genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03320, 03321, 03322, 03323, 03324, 03330, 03331, 03332, 04320, 04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04331, 04333, 04334, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 mit 60 % der Vergütungssätze,
- e) die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 werden durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 in Punkte umgerechnet, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt, mit 60 % der Vergütungssätze,
- f) die Leistungen des Abschnittes 19.3 mit 60 % der Vergütungssätze,
- g) die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnitts 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, mit 60 % der Vergütungssätze,
- h) Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 39 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
- i) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.
- 5) Die reduzierten Vergütungssätze nach Abs. 4 gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
- 6) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
- die Leistung nach der Nr. 01412 mit 70 % des Vergütungssatzes, wenn die Rahmenbedingungen der Leistungslegende erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414C für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414C mit 70 % des Vergütungssatzes in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
- b) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen
- die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 05230/05230E in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind, und je Fall die

- entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01412 mit 70 % des Vergütungssatzes nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
- d) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C mit 70 % des Vergütungssatzes, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 oder 01101 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
- e) bei Durchführung von Narkosen/ Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 mit 60 % des Vergütungssatzes.

- 7) Vom Belegarzt zur Durchführung von Assistenz- oder Anästhesieleistungen hinzugezogene Vertragsärzte rechnen nach ambulanten Grundsätzen ab.
- 8) Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
- 9) Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen der auf der Bundesebene vereinbarte Betrag je Patient und Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.

§ 16 Laufzeit

Die Änderung zu § 8 Belegärztliche Tätigkeit dieser Vereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2008. Die Vereinbarung verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn er 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 einer Krankenkasse die Kündigung rechtzeitig zugeht.

Düsseldorf, den 30. Oktober 2007

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

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

BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

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

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer der

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen bzw. deren Verbände haben sich mit Wirkung zum 01. Januar 2008 auf die nachstehenden Ergänzungen und Klarstellungen zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf verständigt:

4. Nachtragsvereinbarung zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Mit Wirkung zum 01. Januar 2008 haben sich die Vertragspartner über die Ergänzung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verständigt:

Ergänzung unter III. 1. zweiter Absatz:

Bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf sind nur die unter IV. dieser Vereinbarung aufgeführten Mittel verordnungsfähig; Homöopathika und auch Mittel der anthroposophischen Medizin stellen keinen Sprechstundenbedarf dar.

Klarstellung bzw. Ergänzung zu IV.5 „Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“

- Arzneiformen zur Applikation in Körperhöhlen, wie Rektum, Vagina, Harnröhre (Urethra) und Harnleiter (Ureter), z. B. Rektalkapseln, Tamponaden, Ovula, Vaginaltabletten etc.