

Frauenärzte/innen Nordrhein	
Herr Dr. med. Thomas Bärtling Rennbahn 9 - 11, 52062 Aachen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Herr Dr. med. Tobias Resch Bankstraße 6, 40476 Düsseldorf	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Priv. Doz. Dr. med. Claudia Rudroff	
Frau PD Dr. med. Claudia Rudroff, St. Augustinus KHS gGmbH Renkerstraße 45, 52355 Düren	Chirurgie
Marburger Bund	
Herr Dr. med. Karl-Josef Eßer, St. Marien-Hospital gGmbH Hospitalstraße 44, 52353 Düren	Kinder- und Jugendmedizin
Herr Prof. Dr. med. Peter Heering, Städt. Klinikum Solingen gGmbH Gotenstraße 1, 42653 Solingen	Innere Medizin
Herr Dr. med. Klaus-Dieter Winter, Hermann-Josef-Krankenhaus Tenholter Straße 43, 41812 Erkelenz	Innere Medizin
Herr Dr. med. Orlík Cardinal von Widdern, MVZ, Im Mediapark 2, 50670 Köln	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Herr Dr. med. Thomas Scheck, St.-Marien-Hospital Robert-Koch-Straße 1, 53115 Bonn	Anästhesiologie
Psychodynamische Liste	
Herr Dr. phil. Dipl.-Psych. Paul Dohmen Bachstraße 22, 52066 Aachen	Psychologischer Psychotherapeut
Bündnis Kooperative Liste	
Frau Dipl.-Psych. Barbara Lubisch Schmiedstraße 1, 52062 Aachen	Psychologische Psychotherapeutin
Herr Dr. phil. Dipl.-Psych. Heribert Joisten Finanzstraße 8, 46145 Oberhausen	Psychologischer Psychotherapeut
Herr Dipl.-Soz.-Päd. Bernhard Moors Venloer Straße 37, 41751 Viersen	Kinder- und Jugend- lichenpsychotherapie
PsychotherapeutInnen Nordrhein	
Frau Dipl.-Psych. Ursula Gersch Bardenheuerstraße 5, 50931 Köln	Psychologische Psychotherapeutin

Gemäß § 14 e) Abs. 2 Satz 3 der Wahlordnung bleiben die in den einzelnen Wahlvorschlägen weiter aufgeführten – nicht gewählten – Bewerber in der Reihenfolge ihrer Benennung im Wahlvorschlag Nachrücker der gewählten Bewerber der Liste.

Nach § 15 Abs. 1 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein kann jeder Wahlberechtigte binnen 5 Arbeitstagen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses in dieser Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes (Erscheinungsdatum) beim Landeswahlausschuss in Düsseldorf, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, die Wahl anfechten. Dieser entscheidet über die Gültigkeit und Ungültigkeit der Wahl.

Düsseldorf, den 14.09.2010

gez. Dr. Hill
Vorsitzender des Landeswahlausschusses

Dritter Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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

dem **BKK Landesverband Nordwest**, Essen

der **Vereinigte IKK**, Bergisch Gladbach

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

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den Ersatzkassen

der **Barmer GEK**

der **Techniker Krankenkasse (TK)**

der **Deutschen Angestellten Krankenkasse (Ersatzkasse)**

der **KKH – Allianz (Ersatzkasse)**

der **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

der **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den

Leiter der vdek - Landesvertretung NRW

- andererseits -

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2010 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V. Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008, und der Ergänzungen/Änderungen hierzu durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01., 27.02., 17.03., 20.04., 02.09., 22.09., 02.11., 01.12., 08./09.12., 16.12., 21.12.2009, 26.03.2010 und 01.07.2010 jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (insgesamt im folgenden Beschluss genannt), sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt.

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

Präambel

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

Teil B

I. In § 6 Abs. 2 HVV wird in Satz 3 die Formulierung am Ende „Zuweisung zugrunde gelegt“ ersetzt durch „Abrechnung anerkannt“.

II.

1. In § 6 Abs. 3 HVV wird in Satz 1 die Formulierung „mindestens 200%“ ersetzt durch „regelmäßig 200%“.

2. § 6 Abs. 3 Satz 2 HVV erhält folgende Fassung: „Bei der Bemessung der Zuschläge ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis bzw. bei anderen Leistungen möglich.“

III. In § 6 Abs. 4 Satz 1 HVV ändert sich „Vorjahresquartal“ in „Vorvorjahresquartal“.

IV.

1. § 7 Abs. 2c) Satz 1 HVV erhält folgende Fassung: „Die Vergütung der in Anlage B4 Schritt 2, Abs. 1f) bis k) und Abs. 2f) bis v) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente - soweit sie gebildet worden sind - überschreitet.“

2. In § 7 Abs. 2c) Satz 6 wird die Formulierung „gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V“ gestrichen und gemäß Abs. 2m) geändert in „Abs. 2w)“.

V. In § 14 wird die Laufzeit des Vertrages festgesetzt auf „01.10.2010“ bis „31.12.2010“.

VI. In Anlage B1 Gesamtaufstellung / Krankenhäuser wird in Punkt 1), dritter Unterabsatz die Formulierung „Insbesondere versichere ich, dass ich die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trage, weil ich diese selbst erfülle bzw. ich mich von deren Erfüllung persönlich überzeugt habe.“ geändert in „Insbesondere versichere ich, dass ich die volle Verantwortung für die Erfüllung aller Abrechnungsvoraussetzungen trage.“

VII. In Anlage B2 wird

1. der „Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rah-

men der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung**)“ am Ende ergänzt um „-U10“.

2. „Ergänzung zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**BIG Früherkennung-U11 Vorsorgeuntersuchung**)“ ersatzlos gestrichen.

3. der „Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening IKK**)“ am Ende ergänzt um „BIG direkt gesund, IKK Thüringen“.

4. der „Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening LKK**)“ ersatzlos gestrichen.

5. der „Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz**)“ am Ende ergänzt um „BKK ES-SANELLE, BKK 24, BKK Pfaff“.

6. die „Vereinbarung über die Versorgung der Versicherten der BARMER mit parenteralen Ernährungslösungen (**parenterale Ernährung**)“ nach dem Begriff BARMER ergänzt um „GEK“.

7. bei der „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, TK, BIG Gesundheit, BKK Dräger und Hanse**)“ die „BIG Gesundheit“ ersetzt in „BIG direkt gesund“.

8. bei dem „Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt LKK**)“ die Formulierung „Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei“ gestrichen.

9. die „Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses“ (Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei Katarakt Knappschaft)“ ersetzt durch „Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt Knappschaft**)“.

10. bei der „Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien

gemäß des BMV-Ä (**Prävention Kinder U10 und U11 BKK**)“ die Formulierung „BMV-Ä“ ersetzt durch „Gemeinsamen Bundesausschusses“.

11. folgender Vertrag ergänzt:
„Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Techniker Krankenkasse**)“.
12. folgender Vertrag ergänzt:
„Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**J 2, Techniker Krankenkasse**)“.
13. folgender Vertrag ergänzt:
„Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Knappschaft**)“.
14. folgender Vertrag ergänzt:
„Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**J 2, Knappschaft**)“.
15. folgender Vertrag ergänzt:
„Vertrag nach § 73 c SGB V über ein Konsequentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft (**K.I.S.S. mit der BIG direkt gesund**)“.
16. bei der „Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951 und 01952 EBM“ die Ziffern „01955 und 01956“ ergänzt.
17. ergänzt: „Neugeborenen-Hörscreening nach den Nrn. 01704 bis 01706 EBM“.
18. ergänzt: „Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung nach der Nr. 01833 EBM“.
19. ergänzt: „Balneophototherapie nach der Nr. 10350 EBM“.

VIII. In Anlage B3 wird Satz 1 zwischen den Begriffen „RLV und QZV“ ergänzt um RLV und „/oder“ QZV.

IX. In der Anlage B3 werden die „Fachärzte für Augenheilkunde mit Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“ und „Fachärzte für Augenheilkunde ohne Abrechnung der „Fluoreszenzangiographie“ ersetzt durch „Fachärzte für Augenheilkunde“ und die „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit“ zusätzlich aufgenommen.

X. In der Anlage B4 erhält Schritt 2) folgende Fassung:

„Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Das haus- bzw. fachärztliche Verteilungsvolumen wird um 15% bzw. um 85% der unter Schritt 1 in Abzug gebrachten Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem von 0,1635% erhöht. Im Anschluss daran wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

- 1) im hausärztlichen Versorgungsbereich gemindert um**
 - a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
 - b) die gemäß Beschlussteil 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, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
 - c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - d) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - e) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
 - f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
 - g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM
 - h) das Vergütungsvolumen für andere schmerztherapeutische Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM
 - i) das Vergütungsvolumen für dringende Besuche nach den GOP 01411, 01412 und 01415 EBM
 - j) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
 - k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten, mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis h) und k) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 und die unter i) und j) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leis-

tungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,

- l) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- m) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5. vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- n) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2h) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung.

2) im fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil 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, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) 2% zzgl. des 2%igen Abzuges gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 für alle abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B5 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- f) das Vergütungsvolumen für Leistungen der nicht in der Anlage B3 zu diesem HVV aufgeführten Arztgruppen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin, der Fachärzte für Strahlentherapie, der Fachärzte für Labo-

ratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und der Fachärzte für Transfusionsmedizin

- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Schmerztherapie nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für andere schmerztherapeutische Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für dringende Besuche nach den GOP 01411, 01412 und 01415 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- l) das Vergütungsvolumen für Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
- m) das Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM,
- n) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- o) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den Nrn. 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- p) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2) erbracht wurden,
- q) Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen,
- r) das Vergütungsvolumen für MRT-Leistungen der Fachärzte für Neurologie nach den GOP 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34343, 34345, 34411, 34420, 34422, 34452, 34470, 34475, 34492 EBM,
- s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 11 EBM,
- t) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 19 EBM,
- u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- w) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistun-

gen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen), mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 26.03.2010 die unter f) bis i) und m) bis p) und s) bis u) aufgeführten Volumina – mit Ausnahme der GOP 19315 EBM unter t) – jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 und die unter j) bis l), q), r), v), w) und die GOP 19315 EBM unter t) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent – mit Ausnahme des Volumens unter l), q), r) und der GOP 19315 EBM unter t) – geführt werden. Bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs sind die Anpassungsfaktoren für die unter f) bis w) aufgeführten Volumina gemäß Beschluss Teil A, Ziffer 2.4 vom 02.09.2009 zu berücksichtigen sowie der Leistungsbedarf für das Volumen unter v) um 5% hier von zur Berücksichtigung der Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu erhöhen.

- x) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2009,
- y) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5. vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- z) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2h) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie).

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen des Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Anlage 4 zu beachten.“

XI. In der Anlage B4 erhält Schritt 3 Abs. 2) folgende Fassung:

2) „Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,
- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP O1510 bis O1512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2008 und für die praxisklinische Betreuung und Beobachtung gebildet auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2009, ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gemäß Beschluss Teil A Ziffer 2.4 vom 02.09.2009, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunkt im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26.03.2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u.a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da sich die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten jedoch nur auf das RLV und nicht auf die QZV berechnen, wird vereinbart, dieses arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1. zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im jeweiligen Vorjahresquartal als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, behalten sich die Vertragspartner vor, im Falle weiterer erheblich nachteiliger Auswirkungen Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um überproportionale, die Kalkulationssicherheit gefährdende Honorarauswirkungen im Einzelfall, auf der Ebene der Arztgruppe oder in einzelnen Leistungsbereichen zu verhindern oder abzuschwächen.“

Amtliche Bekanntmachungen

XII. Anlage B5 erhält folgende Fassung:

**ANLAGE B5
zum Honorarverteilungsvertrag
mit Wirkung ab dem 01.10.2010**

**Arztgruppenspezifische Auflistung der
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)**

Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Chirotherapie
	Ergometrie
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I Sonographie III
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Allergologie (Zusatzbezeichnung)
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
Fachärzte für Anästhesiologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie
	Sonographie I
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie	Behandlung von Hämorrhoiden
	Phlebologie (30500 nicht Gefäßchirurgie)
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
	Sonographie I
	Sonographie III (nicht Gefäßchirurgie)
	Teilradiologie
Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Reproduktionsmedizin
	Sonographie III
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Phoniatrie, Pädaudiologie
	Sonographie I
	Teilradiologie
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie III

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Sonographie II Sonographie III Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Sonographie I
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie III Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Gastroenterologie I Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Sonographie I
	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie Sonographie I Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Teilradiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	Sonographie II Sonographie III
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung
Fachärzte für Nervenheilkunde	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld Sonographie III
Fachärzte für Neurologie	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren Sonographie III
Fachärzte für Nuklearmedizin	MRT
	MRT-Angiographie Sonographie I
Fachärzte für Orthopädie	Physikalische Therapie Sonographie I Teilradiologie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen Sonographie I
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld

Fachärzte für Diagnostische Radiologie	CT
	Interventionelle Radiologie
	kurative Mammographie
	MRT
	MRT-Angiographie
	Osteodensitometrie
	Sonographie I
	Sonographie III
Fachärzte für Urologie	Teilradiologie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Stoßwellenlithotripsie
	Teilradiologie

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 11.08.2010

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Mitglied des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. Peter Potthoff
Mitglied des Vorstandes

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

BKK Landesverband Nordwest
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Hauptgeschäftsführer

Vereinigte IKK
gez. Dr. Christian Korbanka
Vorsitzender des Vorstandes

Verband der Ersatzkassen e. V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung NRW

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Entsprechend § 16 Abs. 2 der Satzung der KV Nordrhein wird die nachstehende Änderungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg bekannt gemacht.

Änderungsvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
- im Folgenden AOK genannt -

zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V

1. Die Vertragspartner dieser Vereinbarung verständigen sich zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V vom 22.02.2006 auf die nachstehend näher beschriebenen Änderungen mit Wirkung zum 01.10.2010; hierbei wird auf § 16 Abs. 2 der Satzung der KV Nordrhein Bezug genommen.
2. In § 2 Abs. 2 wird Satz 2 wie folgt geändert:
Sie setzt für die nachstehend bezeichneten Ophthalmochirurgen voraus, dass sich der teilnehmende Ophthalmochirurg den jeweiligen Bedingungen dieses Vertrages und dessen Anlagen unterwirft und hierüber – soweit nicht vorliegend - eine Erklärung gegenüber der KV Nordrhein abgibt und ihr gegenüber das Vorliegen der in diesem Vertrag geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 nachweist.
3. Die Regelungen zu § 7 werden wie folgt neu gefasst sowie § 8a neu aufgenommen:

§ 7

Vergütung und Abrechnung

Die Vergütung der nachstehend beschriebenen Leistungen erfolgt durch einmalige Pauschalen je Krankheitsfall und erkranktem Auge:

1. Die AOK vergütet den teilnehmenden ophthalmochirurgisch tätigen Operateuren für den gesamten in diesem Vertrag dargestellten Leistungsinhalt einschließlich aller anstehenden Sachkosten eine ambulante Operationspauschale in Höhe von 770,00 € je durchgeführter Katarakt-Operation. Die Pauschale je durchgeführter Katarakt-Operation wird mit der Symbolnummer 90660 abgerechnet. Wird bei entsprechender Indikation eine Sonderlinse (z.B. Heparin-Linse) implantiert, erfolgt die Erstattung der Kosten für die Sonderlinse in nachgewiesener Höhe. Neben den Kosten für die Sonderlinse werden Sachkosten für Verbrauchsmaterialien außerhalb des Sprech-