

Oberbergischer Kreis
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 245/2011

Stadt Bonn
Facharzt/-ärztin für
Diagnostische Radiologie
(überörtliche Berufsaus-
übungsgemeinschaft)
Chiffre: 246/2011

Rhein-Sieg-Kreis
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie (Einzelpraxis)
Chiffre: 248/2011

Stadt Köln
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 251/2011

Stadt Aachen
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 252/2011

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 253/2011

Stadt Köln
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Ausschreibung eines auf die
Hälfte beschränkten Versor-
gungsauftrages; Einzelpraxis)
Chiffre: 254/2011

**Bewerbungsfrist:
Bis 06.10.2011**

Rheinisch-Bergischer Kreis
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -hausärzt-
liche Versorgung-
(Einzelpraxis)
Chiffre: 249/2011

**Bewerbungsfrist:
Bis 13.10.2011**

Stadt Aachen
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 226/2011

Stadt Bonn
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin -hausärzt-
liche Versorgung-;
Einzelpraxis)
Chiffre: 234/2011

Kreis Aachen
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie (Einzelpraxis)
Chiffre: 235/2011

Stadt Aachen
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 239/2011

Stadt Aachen
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 240/2011

Oberbergischer Kreis
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie (überörtliche
Berufsausübungs-
gemeinschaft)
Chiffre: 244/2011

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Nervenheilkunde
(Einzelpraxis)
Chiffre: 247/2011

Stadt Bonn
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 250/2011

Zweiter Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

der **IKK classic**, Dresden

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
2011 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V.
Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Be-
schlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.
August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008,
in der jeweils gültigen Fassung, jeweils veröffentlicht im Deut-
schen Ärzteblatt (insgesamt im folgenden Beschluss genannt),
sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abwei-
chendes ergibt.

Dieser Vertrag beinhaltet die selbständigen Teile A und B. Teil
A regelt die Vergütung zwischen den Vertragspartnern (Hono-
rarvertrag). Im Teil B finden sich die Regelungen zur Honorar-
verteilung 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. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen getroffen. Im übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

Teil B

I. In § 1 Abs. 4) HVV wird

1. in Satz 4 nach dem Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ eingefügt „(BAG)“.
2. in Satz 5 nach dem Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ eingefügt „(MVZ)“.

II. § 1 Abs. 6b) HVV erhält folgende Fassung:

„Im Falle der Leistungserbringung auf Überweisung gilt für MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, dass die Leistungen bei einer Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen sind, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.“

III. § 1 Abs. 6c) HVV wird ersatzlos gestrichen.

IV. Das Wort „ermächtigten“ wird in § 1 Abs. 6d) (2) Satz 1 HVV und in § 1 Abs. 6d) (3) HVV jeweils vor dem Wort „Krankenhausarzt“ ersatzlos gestrichen.

V. In § 5 Abs. 1) HVV wird im zweiten Unterabsatz zwischen Satz 1 und Satz 2 folgender Satz eingefügt:
„Dabei wird der Arztbezug bei den fachgleichen Ärzten einer BAG, einem MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten durch die Anteile gemäß Zulassungsstatus hergestellt.“

VI. In § 5 Abs. 3a) HVV

1. erhält die Überschrift folgende Fassung:
„Zuweisung RLV incl. BAG-Zuschlägen und QZV“
2. erhält der erste Unterabsatz folgende Fassung:
„Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind und sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.“

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG und Praxen mit angestellten Ärzten gilt folgendes:

- Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um 10% erhöht.
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten

der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um 10% erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird. Sofern dieser nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene Betrachtung der Praxis, wobei je Standort die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung findet.

- In fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht.
- In standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht. Sofern ein Kooperationsgrad nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene Betrachtung der Praxis. Dabei wird für fach- und schwerpunktübergreifende Standorte unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades des Standortes ggf. eine Erhöhung um den entsprechenden Anpassungsfaktor gewährt. Für fach- und schwerpunktgleiche Standorte findet die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung.

Die Ermittlung des Kooperationsgrades bzw. der Anpassungsfaktoren erfolgt hierbei nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Ziffer 1.3.1. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird keine Anpassung des Zuschlages vorgenommen.“

3. wird im zweiten Unterabsatz zwischen Satz 1 und Satz 2 folgender Satz eingefügt: „Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis.“

VII. § 5 Abs. 3b) Satz 1 HVV wird ersatzlos gestrichen.

VIII. In § 6 Abs. 1a) HVV wird das Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ jeweils ersetzt durch „BAG“ und der Begriff „Medizinisches Versorgungszentrum“ ersetzt durch „MVZ“.

IX. § 6 Abs. 1c) HVV erhält folgende Fassung:

„Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstaffelung beim RLV (Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1) abgewichen werden.“

X. In § 6 Abs. 2) HVV

1. wird Satz 1 nach dem Wort „wird“ ergänzt um die Formulierung „für die Dauer von 12 Quartalen“.
2. wird zwischen Satz 2 und Satz 3 folgende Textpassage eingefügt:

- „Dabei wird der Fallzahlzuwachs innerhalb einer BAG, eines MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten bezogen auf die fachgleichen Ärzte arithmetisch sowie anteilig für neu zugelassene Ärzte berücksichtigt. [Die nachfolgenden beiden Sätze werden mit Wirkung ab dem 01.01.2012 ersatzlos gestrichen:“ Zwischen Satz 4 und Satz 5 wird „,]“ eingefügt.
3. erhält Satz 8 folgende Fassung:
„Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von BAG gelten die Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen gemäß Zulassungsstatus fort.“
4. erhält Satz 9, 1. Halbsatz folgende Fassung:
„Auf Antrag können die Werte arztbezogen auch nach LANR berücksichtigt werden, wenn sich die Abrechnung dadurch wesentlich und dauerhaft abweichend darstellt;“
- XI.** In § 7 Abs. 1) HVV letzter Unterabsatz wird das Wort „Berufsausübungsgemeinschaft“ ersetzt durch „BAG“.
- XII.** In § 15 HVV wird das Inkrafttreten zum „01.10.2011“ vereinbart und es werden zwischen Satz 3 und Satz 4 folgende Sätze eingefügt:
„Die Änderungen von § 6 Abs. 2) Satz 4 und 5 HVV sowie in Anlage B3 Schritt 4 a. E. treten mit Wirkung ab dem 01.01.2012 in Kraft.
Die Änderungen in § 5 Abs. 3a) Sätze 3 bis 11 treten bereits mit Wirkung zum 01.07.2011 in Kraft.“
- XIII.** In der Anlage B1 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:
1. Die Anlage B1 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.10.2011“.
 2. Der Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V wird ergänzt um „BKK“.
 3. Im Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird „IKK“ ergänzt um „classic“.
 4. In der Bezeichnung des in Abs. 1) genannten Vertrages zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V wird „besonderen“ ersetzt durch „besonderem“.
 5. Im Klammerzusatz der in Abs. 1) genannten Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen wird „Dräger und Hanse“ ersetzt durch „Vor Ort“ sowie der Klammerzusatz ergänzt um „Deutsche BKK“.
 6. Im Klammerzusatz der in Abs. 1) genannten Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff wird „Dräger und Hanse“ ersetzt durch „Vor Ort“ sowie der Klammerzusatz ergänzt um „Deutsche BKK“.
 7. In Abs. 1) wird die Leistung „Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emission-Tomographie (Nr. 88738)“ ersatzlos gestrichen.
8. In Abs. 2d) wird das Wort „sozialpsychiatrischen“ ersetzt durch das Wort „sozialpsychiatrischen“.
- XIV.** In der Anlage B3 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:
1. Die Anlage B3 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.10.2011“.
 2. In Schritt 1 Satz 1 wird nach dem Begriff „morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ dessen Abkürzung „(MGV)“ eingefügt, mit der Konsequenz, dass die Begrifflichkeit „morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ nachfolgend immer ersetzt wird durch „(MGV)“.
 3. Schritt 2 Abs. 1m) wird ersatzlos gestrichen.
 4. Schritt 2 Abs. 2y) wird ersatzlos gestrichen.
 5. In Schritt 3 Abs. 2b) wird nach dem ersten Unterabsatz folgender Satz eingefügt:
„Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-Berechnung erfolgen muss, wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.“
 6. Schritt 4 wird um folgenden Unterabsatz ergänzt:
„[Die nachfolgende Regelung gilt mit Wirkung ab dem 01.01.2012: Die Notfall-/Vertretungsscheine für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) werden bei der Ermittlung der RLV und QZV relevanten Fälle nicht berücksichtigt.]“
 7. Schritt 6 Abs. 2 zweiter Unterabsatz erhält folgende Fassung:
„Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Für die Arztgruppen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie wird bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Gleiches gilt bei den QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM, den QZV für neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und den QZV für die GOP 01520, 01521 sowie 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie. Dabei werden die Leistungsfälle des angestellten Arztes i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V denen des anstellenden Arztes zugerechnet; gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.“
- XV.** Eingeführt wird Anhang 1 zur Anlage B3, der folgende Fassung erhält:

„ANHANG 1

zur ANLAGE B3 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.10.2011

Bildung der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) für die an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte

Für die weiterhin ausschließlich im Kollektivvertragssystem an der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligten Ärzte erfolgt die Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV ungeachtet der nachstehenden Bestimmungen nach Anlage B3.

Für die Ärzte, die im aktuellen Abrechnungsquartal an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen (sog. Selektiv-Ärzte), wird die in Anlage B3 normierte Berechnung hingegen wie folgt geändert bzw. ergänzt; im übrigen gelten die Regelungen in Anlage B3 fort.

Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-Berechnung erfolgen muss, wird zusätzlich zur Berechnung im Kollektivvertragssystem vor Aufteilung auf die Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV gemäß Anlage B3 Schritt 3 Abs. 2b) arztgruppenspezifisch zunächst die Summe in Abzug gebracht, die sich nach den jeweiligen MGV-Bereinigungsverträgen¹ als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV - Leistungen ergibt.

Danach ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche unter Zugrundelegung des sich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 ergebenden Faktors in die Vergütungsvolumen für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

Bei der weiteren Berechnung findet das bereinigte QZV-Verteilungsvolumen allerdings keine Berücksichtigung mehr; die arzt- und praxisbezogenen QZV-Fallwerte werden ausschließlich nach Anlage B3 berechnet.

Im Ergebnis verbleibt jeweils ein bereinigtes arztgruppenspezifisches RLV-Vergütungsvolumen.

Im Anschluss werden die RLV-relevanten Fälle aller nicht an einem Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte (sog. Kollektiv-Ärzte) mit dem nach Anlage B3 berechneten RLV-Fallwert multipliziert. Der sich ergebende Betrag wird vom bereinigten arztgruppenspezifischen RLV-Vergütungsvolumen in Abzug gebracht.

Der dann verbleibende Betrag ist das zur Ermittlung des RLV-Fallwertes für Selektiv-Ärzte (Selektiv-Fallwert) zur Verfügung stehende bereinigte arztgruppenspezifische RLV-Vergütungsvolumen.

Dieses muss durch die bereinigten RLV-relevanten Fälle aller Selektiv-Ärzte dividiert werden, um den Selektiv-Fallwert zu erhalten.

Dazu wird zunächst arztindividuell die RLV-relevante Fallzahl der Selektiv-Ärzte des Vorjahresquartals ermittelt. Zudem wird je Selektiv-Arzt die Zahl der im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten ermittelt, die im Vorjahresquartal bei diesem in Behandlung waren (Selektiv-Fälle). Bei in Einzelpraxen tätigen Selektiv-Ärzten entsprechen diese Selektiv-Fälle den zu bereinigenden Fällen und werden arztindividuell von der RLV-relevanten Fallzahl der Selektiv-Ärzte in Abzug gebracht.

Abweichend hierzu werden die zu bereinigenden Fälle von Selektiv-Ärzten in BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wie nachfolgend beschrieben ermittelt:

Zunächst wird die RLV-relevante Fallzahl gesamt sowie arztindividuell nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 festgestellt. Nunmehr erfolgt die Ermittlung aller Arztfälle. Danach werden die Selektiv-Fälle je Selektiv-Arzt der BAG, des MVZ und der Praxis mit angestellten Ärzten bestimmt. Zur Berechnung der zu bereinigenden Fälle je Selektiv-Arzt werden dessen Selektiv-Fälle multipliziert mit den Arztfällen der Praxis und dividiert durch die RLV-relevante Fallzahl gesamt. Diese werden arztindividuell von der RLV-relevanten Fallzahl der Selektiv-Ärzte in Abzug gebracht.

Das zur Ermittlung des Selektiv-Fallwertes zur Verfügung stehende bereinigte RLV-Vergütungsvolumen wird durch die Summe der bereinigten RLV-relevanten Fälle aller Selektiv-Ärzte dividiert und ergibt den Selektiv-Fallwert.

Die Höhe des RLV eines Selektiv-Arztes ergibt sich, indem der Selektiv-Fallwert unter Anwendung der Abstufungsregelungen mit der unbereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal multipliziert wird und von diesem Ergebnis die Summe aus dem Selektiv-Fallwert multipliziert mit den zu bereinigenden Fällen des Selektiv-Arztes in Abzug gebracht wird.

Die Höhe des QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arztes. Diese Fallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

Sofern sich hieraus infolge von Selektivverträgen die Notwendigkeit ergibt, die Anwendung der Regelungen in § 5 Abs. 3a)

¹ kassen-/artenspezifischer Bereinigungsvertrag zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Selektivvertrag

Sätze 3 bis 11 sowie in § 6 Abs. 4 anzupassen, erfolgt dies entsprechend.“

XVI. Die Anlage B4 zum HVV wird wie folgt geändert:

1. Die Anlage B4 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.10.2011“.
2. Die Bezeichnung der Arztgruppe „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit“ wird ersetzt durch „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie“.
3. Die Bezeichnung der Arztgruppe „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit“ wird ersetzt durch „Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie“. Diese Arztgruppe erhält sodann die drei zusätzlichen QZV „Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie“, „Duplex-Sonographie“ sowie „Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie“.
4. Die Bezeichnung der Arztgruppe „Fachärzte für Urologen“ wird ersetzt durch „Fachärzte für Urologie“.

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 12.08.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

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

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband NORDWEST
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Landesbereichsleiter
Vertragspolitik Nordrhein

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen bzw. deren Verbände haben sich über die Vertragsmodifikation der nachstehend abgedruckten Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf verständigt. Die modifizierte Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01. Oktober 2011 in Kraft. Auf der einen Seite wurden die Vertragsformulierungen zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung redaktionell überarbeitet und auf der anderen Seite wurde die Aufstellung der als Sprechstundenbedarf zulässigen Artikel gemäß Anlage 1 überarbeitet.

Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST, Essen,

der IKK classic, Dresden

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,
Münster

der Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel,
vertreten durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen, Münster

der Knappschaft, Bochum

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in
Nordrhein-Westfalen

BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK - Hanseatische Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

gültig ab dem 01.10.2011