

Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010

zwischen

- der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

sowie

den Landesverbänden der Krankenkassen:

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- dem IKK Nord,
Lachswehrallee 1, 23558 Lübeck
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der Knappschaft, Regionaldirektion Hannover,
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

und

den Ersatzkassen:

- 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 vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis

Teil A	3
1. Allgemeines	3
2. Tätigkeitsumfang des Arztes	3
3. Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung	3
4. Regelleistungsvolumen bei Neuzulassungen und Umwandlung der Kooperationsformen	4
5. Regelleistungsvolumen für Ärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben	4
6. Praxisbesonderheiten	4
7. Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	5
7.1 Begriffsbestimmungen	5
7.2 Anspruchsberechtigung	5
7.3 Anspruchsvoraussetzungen	6
7.4 Ausgleichszahlung	6
7.5 Verfahren	6
7.6 Mitwirkungspflichten	6
7.7 Ausschlussstatbestände	7
7.8 Geltungsdauer	7
7.9 Zurverfügungstellung einer Datei zur Anerkennung im Einzelfall	7
8. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen	7
9. Weitere Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen	9
10. Verfahren der Vorwegabzüge	9
10.1 zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen	9
10.2 zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte etc.	10
10.3 zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannte Arztgruppen	10
10.4 Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (Teil F Anlage 2)	10
11. Feststellung der Rückstellungen	10
Teil B	11
§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung	11
§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)	12
§ 3 Belegärztliche Leistungen	13
§ 4 Berücksichtigung besonderer Kosten	13
§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen	13
§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung	13
§ 7 Leistungsbeschränkung	14
§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums	15
§ 9 Leistungsbegrenzung bei hälftigem Versorgungsauftrag	15
§ 10 Verfahrensregeln	16
Teil C	17
Teil D	18
Inkrafttreten	18
Salvatorische Klausel	18
Anlage 1 zur Vereinbarung: Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses	19
Anlage 2 zur Vereinbarung: Belegärztliche Leistungen	20
Anhang zu Anlage 2 der Vereinbarung: Vergütungsumfang gemäß § 2 der Anlage 2	23
Anlage 3 der Vereinbarung: Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	26

Teil A

1. Allgemeines

Die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 02.09.2009, 22.09.2009 sowie 08./09.12.2009 sowie dessen Durchführungsempfehlungen zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2010 sind als **Anlage 1** beigefügt und für die Vertragspartner verbindlich unter übertragender Beachtung der Beschlüsse des Landesschiedsamtes vom 03.11.2008. Die in den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses und dessen Durchführungsempfehlungen enthaltenen Regelungsbedarfe/-möglichkeiten für die Gesamtvertragspartner sind nachstehend umgesetzt. Unabhängig von der Klage der KVN gegen die Beschlüsse des Landesschiedsamtes hat der Bewertungsausschuss zwischenzeitlich festgelegt, dass neu in den EBM aufgenommene Leistungen grundsätzlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden. Die Regelungen in Teil C d) bis f) bleiben unberührt.

Spätere Änderungen oder Ergänzungen dieser Beschlüsse werden Inhalt dieser Vereinbarung, sofern es sich um verpflichtende Regelungen handelt. Ohne dass es einer Kündigung bedarf, verständigen sich die Vertragspartner über die Umsetzung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, die optionale Regelungen betreffen. Soweit nicht die individuellen Rechte eines Arztes betroffen sind, kann dieses auch für ein laufendes Quartal erfolgen.

2. Tätigkeitsumfang des Arztes

Der Tätigkeitsumfang des Arztes gemäß Nr. 1.2.3 des Beschlussteils F wird bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens sowohl bei der Errechnung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe als auch bei der Definition der Grenzwerte gemäß Nr. 3.2.1 des Beschlussteils F berücksichtigt.

3. Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

In Ausgestaltung der Nr. 3.4 des Beschlussteils F werden folgende Fallkonstellationen als Ausnahmetatbestände von der Abstufung bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten anerkannt:

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung (mehr als 6 Wochen) eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft (ohne Nachfolge),
- Reduzierung einer Ermächtigung mit der Folge, dass vermehrt Fälle für die bislang durch die Ermächtigung abgedeckten Leistungen bei zugelassenen Vertragsärzten anfallen,
- Längerfristige(r) (mehr als 6 Wochen) Erkrankung oder Urlaub des Nachbarkollegen (gleiche Fachrichtung) im gleichen Einzugsbereich,

- Rückgabe der Zulassung oder Aufgabe der genehmigten Tätigkeit durch einen Kollegen in der Nachbarschaft (gleiche Fachrichtung) mit der Folge einer Fallzahlsteigerung im gleichen Einzugsbereich,
- Einrichtung einer Zweigpraxis mit Erweiterung des Einzugsbereiches und durch die Einrichtung der Zweigpraxis bedingte Erhöhung der Fallzahl,
- außergewöhnliche Umstände im Aufsatzquartal (z. B. Praxisumbau, längerfristige Krankheit des Arztes), die zu falschen (= zu niedrigen) Ausgangswerten geführt haben oder
- Sicherstellungsgründe, wenn z. B. die bestehende Praxis einziger Leistungserbringer im Einzugsbereich ist (beschränkt auf die Fälle, die aus Sicherstellungsgründen abgerechnet werden).

Als Einzugsbereich im vorgenannten Sinne gilt der Bereich, in dem 75 % der Patienten der Praxis wohnen.

Die Anerkennung von Ausnahmen von der Abstufung erfolgt seitens der KVN auf Antrag des Arztes frühestens mit Wirkung des Quartals der Antragstellung.

Die KVN stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und dem vdek quartalsweise jeweils bis zum Ende des 3. Monats des Kalenderquartals eine Excel-Datei zur Verfügung, der die Anerkennung im Einzelfall in Art und Umfang zu entnehmen ist.

4. Regelleistungsvolumen bei Neuzulassungen und Umwandlung der Kooperationsformen

In Ausfüllung der Nr. 3.5 des Beschlussteils F wird Ärzten, die im Aufsatzzeitraum noch nicht 20 Quartale niedergelassen waren (neue Praxen) maximal das arztgruppenschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal zugebilligt, es sei denn, die tatsächlichen Fallzahlen im Vorjahresquartal sind höher als die des Arztgruppenschnitts. Für den Fall der Wiederbesetzung der Praxis (Niederlassung oder Anstellung) kann auf Antrag des Arztes ggf. auch die Vorjahresfallzahl der bisherigen Praxis gewährt werden. Für die darauf folgenden Quartale werden die tatsächlichen Fallzahlen gemäß Nr. 2.3 des Beschlussteils F des jeweiligen Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Sätze 1 und 2 gelten auch für den Fall, dass ein Arzt neu in eine bestehende Praxis hinzutritt; dies gilt nicht für den Fall, dass sich aus der bisherigen Arztfallzahl des hinzutretenden Arztes ein höheres Regelleistungsvolumen ergäbe.

5. Regelleistungsvolumen für Ärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Bei versorgungsbereichsübergreifender Tätigkeit wird das Regelleistungsvolumen je Versorgungsbereich ermittelt. Ansonsten ermittelt sich das Regelleistungsvolumen nach der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung, die für die Tätigkeit des Arztes den Schwerpunkt bildet.

6. Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten gemäß Nr. 3.6 des Beschlussteils F werden von der KVN auf Antrag gewährt. Sie ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Hierunter fallen

insbesondere Sonderbedarfszulassungen, die Teilnahme an Sondervereinbarungen, die Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarungen, wenn hieraus ein zusätzlicher Behandlungsbedarf bezüglich RLV-Leistungen resultiert. Unter Satz 2 fällt auch die Deckung eines besonderen Sicherstellungsbedarfs. Voraussetzung für letztere ist, dass der Antragsteller einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der der Antragstellung unterliegenden (RLV)-Leistungen geleistet hat und weiterhin leistet und dass dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, den ansonsten nächst erreichbaren Arzt für besagte Leistungen in Anspruch zu nehmen (Fahrzeit einfache Fahrt >30 Minuten).

Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist des Weiteren eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung im Durchschnitt der Fälle mit Praxisbesonderheiten des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % je Quartal.

Eine Zubilligung von Praxisbesonderheiten ist frühestens für das Quartal der Antragstellung möglich und regelhaft auf 2 Jahre begrenzt. Es besteht die arztseitige Verpflichtung der Mitteilung, sofern die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr erfüllt sind. Der aus den Praxisbesonderheiten zu ermittelnde Leistungsbedarf wird als Zuschlag zum RLV-Fallwert festgelegt.

Die KVN stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und dem vdek quartalsweise jeweils bis zum Ende des 3. Monats des Kalenderquartals eine Excel-Datei zur Verfügung, der die Anerkennung im Einzelfall in Art und Umfang zu entnehmen ist.

7. Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Überproportionale Honorarverluste gemäß Nr. 3.7 des Beschlussteils F werden gegenüber dem Basisquartal (das entsprechende Quartal des Jahres 2008) wie folgt ermittelt und ausgeglichen.

7.1 Begriffsbestimmungen

- (1) Gesamthonorar im Sinne von Nr. 3.7 des Beschlussteils F ist das GKV-Gesamthonorar ohne Jahresausgleich gemäß §§ 10 und 11 HVV in der bis 4/2008 geltenden Fassung und Berichtigungen Vorquartale sowie vor Abzug von Verwaltungskosten, Notdienstumlage, Abzug aus Honorarvergleichen, Patientenzuzahlungen zu physikalisch-medizinischen Leistungen, einbehaltener Praxisgebühr oder Verordnungsregressen/sonstiger Schaden laut KV-Honorarbescheid in EUR.
- (2) Zur Ermittlung des Fallwertes wird das Gesamthonorar im Sinne von Absatz 1 durch die Gesamtfallzahl der GKV-Behandlungsfälle lt. KV-Honorarbescheid dividiert.

7.2 Anspruchsberechtigung

- (1) Eine Anspruchsberechtigung besteht unbeschadet der weiteren Voraussetzungen ausschließlich für in Niedersachsen zugelassene Vertragsarztpraxen / Vertragspsychotherapeutenpraxen / Medizinische Versorgungszentren (im Weiteren: Praxen).
- (2) Die Regelungen finden unverändert Anwendung auf Praxen, die sowohl im Abrechnungsquartal als auch im entsprechenden Basisquartal in identischer Konstellation vertragsärztlich tätig waren.

- (3) Für Praxen, die nicht unter Absatz 2 fallen, sind Einzelfallentscheidungen zu treffen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles und - soweit möglich und angemessen - unter sinngemäßer Heranziehung der für Praxen nach Absatz 2 geltenden Regelungen. Dabei soll von der Arztgruppe und der Praxisform im Abrechnungsquartal ausgegangen werden.
- (4) Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten, deren Zulassung im jeweils maßgeblichen Abrechnungsquartal endet, haben keinen Anspruch auf den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten bzw. bleiben bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen der zugehörigen Gemeinschaftspraxis / dem Medizinischen Versorgungszentrum unberücksichtigt.

7.3 Anspruchsvoraussetzungen

Eine Ausgleichszahlung ist unbeschadet der weiteren Voraussetzungen Praxen zu gewähren, wenn gleichzeitig folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Das Gesamthonorar im Abrechnungsquartal liegt um mehr als 15 % unter dem Gesamthonorar des entsprechenden Basisquartals.
2. Der Fallwert im Abrechnungsquartal liegt um mehr als 15 % unter dem Fallwert des entsprechenden Basisquartals.

7.4 Ausgleichszahlung

- (1) Sofern die Anspruchsvoraussetzungen nach Nr. 7.3 erfüllt sind, erhält die Praxis für das Abrechnungsquartal eine Ausgleichszahlung je GKV-Behandlungsfall im Abrechnungsquartal in Höhe von 50 % der Differenz des Fallwertes im Abrechnungsquartal zu 85 % des Fallwertes des entsprechenden Basisquartals. Die Ausgleichszahlung wird zusätzlich auf höchstens 85 % des Gesamthonorars des entsprechenden Basisquartals begrenzt.
- (2) Beträge unter 300 EUR werden nicht zur Auszahlung gebracht.

7.5 Verfahren

- (1) Die KVN prüft die Anspruchsberechtigung von Amts wegen. Ein Antrag ist nicht erforderlich.
- (2) Sofern eine Anspruchsberechtigung nach dieser Richtlinie besteht, informiert die KVN die betroffene Praxis und zahlt die Ausgleichszahlung aus. Die KVN ist berechtigt, die Ausgleichszahlung mit zum Zeitpunkt der Auszahlung bestehenden Überzahlungen zu verrechnen.

7.6 Mitwirkungspflichten

Anspruchsberechtigte Praxen sind verpflichtet, der KVN alle zweckdienlichen verfügbaren Unterlagen auf Anforderung einzureichen.

7.7 Ausschlusstatbestände

- (1) Honorar- und Fallwertverluste, die nicht durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik bedingt sind oder nicht dadurch begründet sind, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den so genannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben, führen nicht zu einer Anspruchsberechtigung nach dieser Richtlinie.
- (2) Die Ausgleichszahlung erfolgt unter dem Vorbehalt, dass die Anspruchsberechtigung erneut überprüft und ggf. rechnerisch angepasst wird, sofern sich zu einem späteren Zeitpunkt in Folge der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise nach § 106 SGB V und/oder der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V Gutschriften für das Abrechnungsquartal ergeben und/oder das Gesamthonorar im entsprechenden Basisquartal vermindert wird.
- (3) Die erneute Überprüfung und ggf. rechnerische Anpassung der Anspruchsberechtigung nach Abs. 2 ist nur in den Fällen durchzuführen, in denen die Gutschrift bzw. Verminderung des Gesamthonorars 50 EUR überschreitet.

7.8 Geltungsdauer

Ein Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten erfolgt ausschließlich für vertragsärztliche Abrechnungen der Quartale 1/2010 bis 4/2010.

7.9 Zurverfügungstellung einer Datei zur Anerkennung im Einzelfall

Die KVN stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und dem vdek quartalsweise jeweils bis zum Ende des 3. Monats des Kalenderquartals eine Excel-Datei zur Verfügung, der die Anerkennung im Einzelfall in Art und Umfang zu entnehmen ist.

8. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen

Von der Option in Nr. 2 der Anlage 1 zu Beschlussteil F der Modifikation von relevanten Arztgruppen machen die Vertragspartner wie folgt Gebrauch:

- Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde*)
- Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und den abgerechneten GONRn 08541 - 08561*)

- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören¹
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Gültigkeit begrenzt auf das Quartal 1/09)¹
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie*)
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit und abgerechneter GONR 34291*)
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (Gültigkeit begrenzt auf das Quartal 1/09)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 des EBM im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT *)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und Abrechnung von CT-Leistungen nach GONRn 34310 - 34351*)
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT und Abrechnung von MRT-Leistungen nach GONRn 34410 – 34460*)

¹ Ab 2/09 werden die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie in der Arztgruppe „Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören“ geführt.

- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT und Abrechnung von CT- und MRT-Leistungen nach GONRn 34310 - 34351 und 34410 - 34460*)
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

*) Für die Fachärzte für Diagnostische Radiologie gilt bezüglich der RLV-Ermittlung für die differenzierte RLV-Fallwertermittlung in Ausfüllung des Beschlusses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses Folgendes:

Zunächst wird für alle Radiologen ein gemeinsamer Anteil des RLV-Vergütungsvolumens des Versorgungsbereiches ermittelt.

Der RLV-Fallwert der jeweiligen Radiologie-Arztgruppe ergibt sich aus diesem RLV-Vergütungsvolumen multipliziert mit dem Anteil deren Leistungsanforderung aus dem Vorjahresquartal an der Leistungsanforderung aller Radiologen und anschließend geteilt durch die Fallzahl der jeweiligen Radiologie-Arztgruppe.

Vorgenannte Ausführungen gelten entsprechend für die Fachärzte für Frauenheilkunde und für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie.

Die vom Bewertungsausschuss mit Wirkung ab 01.07.2009 eingeführte Arztgruppe „Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM“ wird in Niedersachsen nicht genutzt.

9. Weitere Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

Gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 7 SGB V wird vereinbart, dass in Ergänzung zu Nr. 2.2 des Beschlusstells F dem RLV nicht unterliegen.

- sonstige Leistungen, die in belegärztlichen Behandlungsfällen zur Abrechnung gelangen und nicht unter Nr. 2.3.2 des Beschlusstells A vom 02.09.2009 i. V. m. Nr. 1.2 Nr. 3 des Beschlusstells A vom 27./28.08.2008 aufgeführt sind,
- sonstige Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen.

10. Verfahren der Vorwegabzüge

Als Verfahren zur Ermittlung der Vorwegabzüge wird gemäß Nr. 2 f.) der Anlage 2 zum Beschlussteil F eine Schätzung durch die KVN auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten wie folgt vereinbart:

10.1 zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen

Die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gemäß Anlage 1 zum Beschlussteil F Nrn. 5 und 6 werden auf der Basis der Summe der ausgezahlten Honorare für die Leistungen des Katalogs zu Nrn. 5 und 6 der Anlage 1 im jeweiligen Vorjahresquartal, gesteigert um die Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2010 gemäß Nr. 2.3.3 Beschlussteil B vom 02.09.2009 geschätzt.

10.2 zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte etc.

Die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten werden auf der Basis der RLV-relevanten Leistungen dieser Leistungserbringer im Vorjahresquartal, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung, geschätzt.

10.3 zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannte Arztgruppen

Die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 1 des Beschlussteils F genannten Arztgruppen werden auf der Basis der RLV-relevanten Leistungen dieser Leistungserbringer im Vorjahresquartal, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung, geschätzt.

10.4 Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes (Teil F Anlage 2)

Da ein Anteil von etwa 40 % der niedersächsischen Ärzte in o. g. Gemeinschaftspraxen tätig ist, wird das entsprechende Honorarvolumen für den 10 %-igen RLV-Aufschlag dieser Ärzte näherungsweise mit einem Anteil von 4 % des insgesamt zur Bemessung der RLV zur Verfügung stehenden Volumens, getrennt nach Versorgungsbereichen, ermittelt.

11. Feststellung der Rückstellungen

Für das Jahr 2010 wird die Summe der Rückstellungen gemäß Nr. 2 des Beschlussteils G – getrennt nach Versorgungsbereichen – wie folgt festgestellt:

	1/10	2/10	3/10	4/10	Summe
im hausärztlichen Versorgungsbereich	10.920.000 €	8.520.000 €	14.050.000	9.400.000	42.890.000
im fachärztlichen Versorgungsbereich	38.660.000 €	41.380.000 €	59.150.000	50.600.000	189.790.000

Eine Über- oder Unterdeckung wird durch gleichmäßige Verteilung in Folgequartalen berücksichtigt.

Teil B

§ 1 Teilnahme an der Honorarverteilung

- (1) An der Honorarverteilung nehmen die im Bereich der KVN zugelassenen und ermächtigten Ärzte und ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V (abrechnungstechnisch werden medizinische Versorgungszentren fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen gleichgestellt) sowie in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte, Gemeinschaften von zugelassenen Vertragsärzten unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 und Krankenhäuser teil. Sie werden im Folgenden zusammenfassend als Ärzte bezeichnet. Zugelassene Ärzte mit angestellten Ärzten im Sinne des § 95 Abs. 9 und 9a SGB V werden abrechnungstechnisch medizinischen Versorgungszentren bzw. Ärzten mit angestellten Ärzten gemäß Artikel 17, § 3 des 2. GKV-NOG gleichgestellt. Ärzten im Sinne von Satz 2 sind nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des § 72 Absatz 1 SGB V gleichgestellt, soweit im Folgenden oder in Verträgen mit Kostenträgern nichts Abweichendes geregelt ist. Ferner nehmen die Einrichtungen im Sinne des § 126 Abs. 5 SGB V (zugelassene nichtärztliche Dialyseleistungserbringer), die gemäß § 15 der Anlage 9.1 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/EKV über die KVN abrechnen, an der Honorarverteilung teil.

- (1a) Ist ein zugelassener / angestellter Vertragsarzt für mehrere Gebiete nach der Weiterbildungsordnung der ÄKN zugelassen mit der Folge, dass er in mehrere RLV-relevante Arztgruppen eingeordnet werden könnte, so gelten folgende Regelungen:

Der zugelassene / angestellte Vertragsarzt wird der RLV-relevanten Arztgruppe zugeordnet, unter der im 1. Quartal 2008 (hilfsweise in dem nächstmöglichen früheren Quartal) seine Kassenabrechnung abgewickelt wurde.

Für mehrere Gebiete zugelassene / angestellte Vertragsärzte können die Arztgruppe wählen, unter der sie bei der Kassenabrechnung geführt werden wollen. Dabei ist die Arztgruppe zu wählen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Vertragsarztes liegt, und zwar bewertet nach dem Euro-EBM. Weist die KVN-Bezirksstelle nach, dass die Arztgruppenwahl des Vertragsarztes in mindestens zwei Quartalen nicht dem Schwerpunkt seiner Tätigkeit entspricht, so kann sie auf Beschluss der Bezirksstelle zum Quartal, das auf die Beschlussfassung folgt, den zugelassenen / angestellten Vertragsarzt für die Abrechnung derjenigen Arztgruppe zuordnen, in welcher der Schwerpunkt der Tätigkeit des Vertragsarztes liegt.

Für Vertragsärzte, die sowohl für ein Gebiet aus dem hausärztlichen als auch für ein Gebiet aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugelassen sind, erfolgt unbeschadet vorgenannter Regelung die Zuweisung des Regelleistungsvolumens auf Basis der jeweiligen Anteile der Tätigkeit im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich.

- (2) Voraussetzungen für die Abrechnung von Notfalleistungen durch Gemeinschaften zugelassener Vertragsärzte sind:
- a) Es handelt sich um Notfalleistungen durch Gemeinschaften zugelassener Vertragsärzte im Rahmen eines organisierten Notfallbereitschaftsdienstes, der über eine zentrale Notfalldienstpraxis verfügt.

- b) Der Betrieb der Notfalldienstpraxis basiert auf einer Organisationsentscheidung der KVN nach entsprechender Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen.
- c) Jeder zugelassene Vertragsarzt der betreffenden Gemeinschaft erklärt schriftlich, dass er
 - mit der Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen im organisierten Notfallbereitschaftsdienst seines Notdienstbereiches unter einer Abrechnungsnummer der Gemeinschaft nach Maßgabe besonderer Abrechnungsvorgaben der Bezirksstelle einverstanden ist,
 - mit einer Prüfung der sachlich/rechnerischen Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Notfalleistungen sowie der Verordnungen, welche unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft anfallen, einverstanden ist,
 - mit der Belastung des KV-Honorarkontos der Gemeinschaft durch Honorarminderungen in Folge sachlich/rechnerischer Berichtigungen und Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie in Folge von Verordnungsregressen unter der einheitlichen Abrechnungsnummer der Gemeinschaft einverstanden ist.

Die Einverständniserklärung kann nur für künftige, noch nicht angefangene Kalendervierteljahre widerrufen werden.

§ 2 Grundlage der Verteilung der Gesamtvergütung (Honorarverteilung)

- (1) Grundlage für die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen sind der Einheitliche Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Abs. 1 SGB V (EBM) in Verbindung mit dem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ) bzw. der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) in der jeweils gültigen Fassung, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V sowie die in den Verträgen auf Bundes- und Landesebene getroffenen Regelungen, soweit nicht im Folgenden etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Bei der Verteilung sind alle vertragsärztlichen Leistungen sowie die sonstigen zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (Entschädigungen/Erstattungen u. Ä.) zu berücksichtigen. Abweichend ist zu verfahren, soweit Verträge mit den Kostenträgern dieses vorsehen.
- (3) Soweit Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht im EBM enthalten sind, mit Kostenträgern vereinbart wurden, erfolgt die Verteilung auf der Grundlage der vertraglichen Regelungen, soweit nicht in dieser Vereinbarung abweichende Regelungen (z.B. zur Quotierung) getroffen sind.
- (4) Soweit in Richtlinien und Verträgen sowie in Beschlüssen der Vertreterversammlung der KVN oder der KBV für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Voraussetzungen oder die Erteilung von Zustimmungen/Genehmigungen vorgesehen ist, können die Leistungen nur dann bei der Honorarverteilung berücksichtigt werden, wenn diese Voraussetzungen erfüllt bzw. diese Zustimmungen/Genehmigungen erteilt sind.
- (5) Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes über Art und Umfang seiner vertragsärztlichen Leistungen entsprechend den Bestimmungen dieser Vereinbarung, der Abrechnungsanweisung der KVN und der Verträge.

- (6) Vergütungen für Leistungen, Entschädigungen, Kostenerstattungen etc., die von Kostenträgern ohne jegliche Begrenzung vergütet werden, werden an die Ärzte in der von der jeweiligen Kassenart gezahlten Höhe verteilt.

§ 3 Belegärztliche Leistungen

Es gelten die Regelungen der **Anlage 2**.

§ 4 Berücksichtigung besonderer Kosten

Es gelten die Bestimmungen des EBM, des BMÄ bzw. der E-GO sowie die vertraglichen Regelungen, soweit nicht in dieser Vereinbarung abweichende Regelungen getroffen sind.

§ 5 Prüfung der vertragsärztlichen Leistungen

- (1) Die Bezirksstellen prüfen die Abrechnungen der Ärzte nach den jeweils geltenden Vorschriften sachlich und rechnerisch.
- (2) Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durchgeführt nach der Vereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsüberwachung nach § 106 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Nach Durchführung der Prüfung gemäß Abs. (1) und (2) wird die Leistungsanforderung des Arztes nach Art und Umfang festgestellt. Die Feststellung gilt vorbehaltlich späterer ggf. erforderlicher Neuberechnungen, sachlich-rechnerischer Berichtigungen sowie weiterer Prüfungen der Wirtschaftlichkeit, der Rechtmäßigkeit der Abrechnung sowie der Qualität der abgerechneten Leistungen gemäß §§ 106, 106 a und 136 SGB V.

§ 6 Verteilung der Gesamtvergütung

- (1) Die von den Kostenträgern für die ambulante und stationäre vertragsärztliche Versorgung entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden quartalsweise von der KVN gesammelt und verteilt. Für die Verteilung werden die Vergütungen der Primärkassen, der Ersatzkassen und der sonstigen Kostenträger zusammengefasst.
- (2) Die Gesamtvergütung der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte wird gemäß Teil A verteilt.
- (3) Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung außerniedersächsischer Versicherter durch niedersächsische Ärzte werden nach den Regelungen verteilt, wie sie sich aus Abs. (2) ergeben, ggf. vermindert um Rückstellungsbeträge.

Die Gesamtvergütungsanteile der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter durch außerniedersächsische Ärzte werden nach Maßgabe der FKZ-Richtlinie der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 2 verteilt.

Die Differenzen zwischen den verteilten Beträgen und den späteren Endabrechnungen für diese Kostenträger sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu

- verteilen. Quartalsweise Differenzen zwischen den Honorarforderungen außerniedersächsischer Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung der niedersächsischen Versicherten einerseits und den Gesamtvergütungsanteilen der Kostenträger für die vertragsärztliche Versorgung niedersächsischer Versicherter andererseits, sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
- (4) Soweit Rückforderungen von Kostenträgern nicht durch Belastungen einzelner Ärzte ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen - soweit möglich je Versorgungsbereich - zu verteilen. Nachzahlungen von Kostenträgern, die nicht zur Auflösung von Rückstellungen führen, sind ebenfalls Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
 - (5) Sofern Nachvergütungen an Ärzte nicht durch Lastschriften einzelner Kostenträger ausgeglichen werden, stellen sie Vergütungsdifferenzen dar und sind als solche in Folgequartalen – soweit möglich je Versorgungsbereich – zu verteilen. Rückforderungen von Ärzten, die nicht an Kostenträger weitergegeben werden, sind ebenfalls Vergütungsdifferenzen und als solche – soweit möglich je Versorgungsbereich – in Folgequartalen zu verteilen.
 - (6) Kann die endgültige Rechnungslegung gegenüber einem oder mehreren Kostenträger(n) nicht rechtzeitig vor der Quartalsabrechnung für die Ärzte fertig gestellt werden, kann der Verteilung für das laufende Quartal seitens der KVN eine vorläufige Berechnung zugrunde gelegt werden. Abweichungen gegenüber der endgültigen Rechnungslegung sind Vergütungsdifferenzen und als solche in Folgequartalen zu verteilen.
 - (7) Vergütungsdifferenzen, insbesondere solche nach Abs. (3), (4), (5) und (6) werden in Folgequartalen berücksichtigt.
 - (8) Die Vergütung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Bestimmungen des Quartals, in dem sie abgerechnet werden, es sei denn, es handelt sich um komplette Abrechnungen für Vorquartale.

§ 7 Leistungsbeschränkung

Nach den Beschlüssen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum 5. Abschnitt der „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt derselben Arztgruppe in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen und zu den „Angestellten-Richtlinien-Ärzte“ zur Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis ist die vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung für die Behandlung GKV-Versicherter wie folgt vorzunehmen:

1. Überschreitet die nach § 5 Abs. (3) festgestellte Leistungsanforderung der Praxis die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Anforderung über alle Leistungen auf die Obergrenze.
2. Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen (vom Zulassungsausschuss festgelegter Jahresbezug) wird für Praxen, die unter die oben genannte Leistungsbeschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem dieser Quartale die anerkannte Leistungsanforderung nach Nr. 1 die vom Zulassungsausschuss gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Obergrenze für vertragsärztliche Leistungen unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Reduzierung in dem Umfang zurückgenommen, bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Anforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der vom Zulassungsausschuss hierfür festgelegten Obergrenzen.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Obergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Obergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die zusätzlich nachzuvergütende Leistungsmenge wird bewertet mit den für das jeweilige Quartal errechneten Auszahlungspunktwerten der jeweiligen Leistungsarten nach dieser Vereinbarung.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 8 Beschränkung des Leistungsspektrums

(1) Ärzte, die als „ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt“ zugelassen sind, unterliegen in analoger Anwendung des § 5 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinien einer Beschränkung ihres Leistungsspektrums. Gerechnet am Gesamthonorar darf der Anteil von Leistungen außerhalb der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie der Leistungen nach den Nrn. 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM nur weniger als 10% (Honorarobergrenze für Begleitleistungen) ausmachen. Beträgt die Leistungsanforderung für vorgenannte Begleitleistungen 10 % und mehr im Gesamthonorar des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Honoraranforderung über alle Begleitleistungen auf die Honorarobergrenze.

(2) Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen wird für die Ärzte, die unter die oben genannte Beschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem der Quartale die anerkannte Leistungsanforderung für Begleitleistungen die gemäß der oben genannten Bestimmungen festgelegte Honorarobergrenze unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Nr. 1 reduzierten Quartalen die Honorarreduzierung in dem Umfang zurückgenommen bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Leistungsanforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der Honorarobergrenzen der vier Quartale.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Honorarobergrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Honorarobergrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 9 Leistungsbegrenzung bei hälftigem Versorgungsauftrag

(1) Ärzte mit zeitlich hälftigem Versorgungsauftrag gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V unterliegen einer Leistungsbegrenzung nach Maßgabe der Absätze (2) bis (4).

- (2) Bei Reduzierung eines zeitlich vollen in einen hälftigen Versorgungsauftrag eines Arztes, reduziert sich das abrechenbare Leistungsvolumen dieses Arztes auf 50 v.H. des im selben Quartal vor Reduzierung des Versorgungsauftrages (Basiszeitraum) abgerechneten Leistungsvolumens (Leistungsgrenze), jedoch nicht auf weniger als 50 v.H. des Fachgruppendurchschnitts. Für Ärzte mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen wird die Leistungsgrenze auf 50 % der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt.
- (3) Liegen entsprechende Daten für den Basiszeitraum nicht vor, wird als Leistungsgrenze 50 v.H. des durchschnittlichen Leistungsvolumens je Arzt der jeweiligen Fachgruppe im Basiszeitraum zugrunde gelegt. Für Ärzte mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen wird die Leistungsgrenze auf 50 % der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt.
- (4) Die Leistungsgrenze nach Abs. (2) und (3) folgt ab dem 5. Quartal der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts auf Basis der Regelung nach § 23 f. der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte.
- (5) Überschreitet die nach § 5 Abs. (3) festgestellte Leistungsanforderung der Praxis die Leistungsgrenze des jeweiligen Quartals, so erfolgt eine gleichmäßige Reduzierung der Punktzahlanforderung über alle Leistungen auf die Leistungsgrenze. Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen (Jahresbezug) wird für Praxen, die unter die oben genannte Leistungsbegrenzung fallen, geprüft, ob in mindestens einem dieser Quartale die anerkannte Leistungsanforderung nach Satz 1 die Leistungsgrenze unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach Satz 1 reduzierten Quartalen die Reduzierung in dem Umfang zurückgenommen, bis die Summe der innerhalb des Jahresbezuges anerkannten Leistungsanforderungen der Summe der abgerechneten Leistungen entspricht, höchstens jedoch der Summe der Leistungsgrenzen.

Der quartalsweise Umfang der Rücknahme bestimmt sich aus dem Verhältnis der Überschreitung der Leistungsgrenze der einzelnen Quartale zur Gesamtüberschreitung der saldierten Leistungsgrenzen der Quartale innerhalb des Jahresbezuges.

Die Nachvergütungen sind Vergütungsdifferenzen im Sinne des § 6 Abs. 7.

§ 10 Verfahrensregeln

- (1) Bei der Berechnung von Veränderungsraten für Leistungen/Vergütungen sowie bei der Gegenüberstellung von Leistungen/Vergütungen sind - sofern nicht ausdrücklich etwas anderes im Einzelnen vorgesehen ist - die Vergütungen in der sachlichen Zuordnung des Abrechnungsquartals zugrunde zu legen und zwar auch für das entsprechende Vorjahres- oder Referenzquartal.
- (2) Soweit auf EBM-Leistungen Bezug genommen wird, sind diese mit Stand 01.10.2008 definiert. Bei EBM-Änderungen treten die EBM-Nachfolgeleistungen an die Stelle der EBM-Leistungen mit Stand 01.10.2008.

Teil C

a) Kassenfusionen

Bei Fusionen von Krankenkassen werden die jeweils vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gewichtet mit den Versichertenzahlen der fusionierenden Kassen zusammengefasst.

b) Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt gemäß Anlage 3. Abweichende oder ergänzende gesamtvertragliche Regelungen zur Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (z.B. bezüglich der Bereinigung bei Abschluss von Selektivverträgen) bleiben unberührt.

c) Organisatorischer Overhead im Rahmen des Mammographie-Screenings

Von der Vergütung der Leistungen der präventiven Mammographie nach Unterabschnitt II.1.7.3 EBM wird seitens der KVN neben den üblichen Verwaltungskostenbeiträgen der in der Vergütung enthaltene Aufschlag in Höhe von 10 % für den organisatorischen Overhead (ohne die Zentrale Stelle) in Abzug gebracht.

d) Die Vereinbarung zu Nr. 3.1 des Beschlussteils C des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 erfolgt in separater Vereinbarung.

e) Die Vereinbarung zu III. Nr. 1.1 i. V. m. Nr. 2 des Beschlussteils F des Bewertungsausschusses vom 22.09.2009 erfolgt in separater Vereinbarung.

f) Die Vereinbarung zur Umsetzung der Festsetzung Nr. 5 im Schiedsamtverfahren LSAÄ 1/2008 vom 13.12.2008 erfolgt in separater Vereinbarung und steht unter dem Vorbehalt einer rechtskräftigen Bestätigung dieser Festsetzung Nr. 5.

Teil D

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung gilt erstmals für die Abrechnung und die Verteilung der Vergütungen für die im 1. Quartal 2010 erbrachten Leistungen. Sie kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gilt diese Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Folgevereinbarung fort.

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am Nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1 zur Vereinbarung: Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses

Die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 02.09.2009, 22.09.2009
sowie 08./09.12.2009 sind als **Anlage 1** beigefügt.

Anlage 2 zur Vereinbarung: Belegärztliche Leistungen

§ 1 Allgemeines

Nachstehende Regelungen ersetzen die bisherigen Regelungen des HVV zur Vergütung belegärztlicher Leistungen.

§ 2 Vergütungsumfang

- (1) Soweit nachstehend nichts anderes geregelt ist, ergibt sich der Vergütungsumfang aus dem Anhang zu dieser Anlage.

Eine Berücksichtigung auch des technischen Teils der Leistungen scheidet im Hinblick auf die Vergütung nach den Grundsätzen für die Vergütung der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V aus, sofern nicht Abweichendes geregelt ist.

- (2) Besondere Kosten sind nach Teil B, § 3, zu dieser Vereinbarung berechnungsfähig.
- (3) Wegeentschädigungen können nicht berechnet werden, wenn der Belegarzt seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem er die belegärztlichen Leistungen erbringt.

§ 3 Leistungen am Aufnahmetag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird. Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet (§ 41 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 1 EKV).

§ 4 Leistungen am Entlassungstag

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Patient an demselben Tag aus der stationären Behandlung dieses Vertragsarztes oder eines Belegarztes an demselben Krankenhaus entlassen wurde. Sofern am Tage der Krankenhausentlassung nach der Krankenhausentlassung ein dringender Besuch (wegen der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt) erfolgt, so sind dieser Besuch und die zugehörige Wegeentschädigung berechnungsfähig.

§ 5 Leistungen während der übrigen Tage des stationären Aufenthaltes

Die Leistungen des Belegarztes an allen Tagen des stationären Aufenthaltes des Patienten mit Ausnahme des Aufnahmetages und des Entlassungstages werden ohne Ausnahme nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert. Das gilt auch für den Fall, in dem der Arzt Apparate und/oder sonstige Hilfen aus seiner eigenen Praxis einsetzt.

Es ist nicht zulässig, den Patienten für einen oder mehrere Tage aus der stationären Behandlung zu entlassen, um während dieser Unterbrechung ambulante vertragsärztliche Leistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen. Bei kurzfristiger Unterbrechung der stationären Behandlung und zwischenzeitlicher ambulanter Abrechnung durch den Belegarzt oder einen anderen Vertragsarzt ist die KVN-Bezirksstelle berechtigt, die ambulant abgerechneten Leistungen nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung abzurechnen.

§ 6 Vergütungsregelungen für Anästhesien

- (1) Sofern die Anästhesieleistungen nicht mit dem Pflegesatz oder auf sonstige Weise stationär abgegolten sind (so genannte gemischte Krankenhäuser) werden die Anästhesieleistungen mit den Preisen des EBM abgerechnet.
- (2) Soweit in den Abrechnungsbestimmungen vorgeschrieben oder aufgrund der fachgebietlichen Zuordnung geboten, sind Anästhesieleistungen nur durch Fachärzte für Anästhesie abrechnungsfähig.
- (3) Für das Aufsuchen der Belegabteilungen des Krankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt auch die Nr. 01414 EBM und ggf. Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM abrechnen.

Für das Aufsuchen eines Belegkrankenhauses kann der hinzugezogene anästhesiologisch tätige zugelassene Vertragsarzt Wegeentschädigungen berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Krankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen anästhesiologisch tätigen zugelassenen Vertragsarzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz in dem Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Anästhesieleistungen erbracht werden.

§ 7 Vergütungen für hinzugezogene Ärzte ohne § 6

- (1) Zieht der Belegarzt einen niedergelassenen Vertragsarzt zur Assistenz hinzu, kann dieser ggf. nur die Vergütung nach Nrn. 01100, 01101 oder 01102 EBM berechnen. Daneben kann der assistierende zugelassene Vertragsarzt eine Wegeentschädigung berechnen, und zwar insgesamt 1x für Leistungen bei mehreren Kranken und einer Anreise zu dem betreffenden Belegkrankenhaus.

Wegeentschädigungen können von dem hinzugezogenen Arzt nicht berechnet werden, wenn dieser seinen Praxissitz/Beschäftigungsort im Gebäude/Gebäudekomplex/auf dem Gelände des Krankenhauses hat, in dem auch die Leistungen erbracht werden.

- (2) Zieht der Belegarzt einen am Krankenhaus (so genanntes gemischtes Krankenhaus) angestellten nachgeordneten Arzt, der in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig wird, zur Operationsassistenz hinzu, entsteht hierdurch kein Vergütungsanspruch.

§ 8 Fortfall der Vergütung

Eine Vergütung ärztlicher Leistungen entfällt, wenn das Honorar im übrigen stationären Bereich, z. B. durch einen Pflegesatz, abgegolten ist (so genannte gemischte Krankenhäuser).

§ 9 Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- (1) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende 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. 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.
- (2) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt fällt nicht unter diese Regelung.
- (3) Als Kostenpauschale bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird die Nr. 40170 BMÄ bzw. E-GO in Ansatz gebracht. Die Abrechnung erfolgt für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage Tage.

Anhang zu Anlage 2 der Vereinbarung: Vergütungsumfang gemäß § 2 der Anlage 2

1. Dem nach den Bundesmantelverträgen anerkannten Belegarzt sowie Vertragsärzte nach § 6 werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet.

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 stationärer Eingriffe sowie die relevanten Ausnahmetatbestände.

Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt sowie der Vertragsarzt nach § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, die Leistung nach der Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegebpauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 3.2, , 4.2, , 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in 3. c) genannten Leistungen), 30.7.1, 31.1.2, 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 08542, 10330, 13300, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232 32001 und 40100 ausgeschlossen.

2. 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.

Die Leistung nach Nr. 01414 in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 kann der Belegarzt und der Vertragsarzt nach § 6, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 36.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
 - a) die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistung), 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
 - b) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c), d) und e) aufgeführten Leistungen,
 - c) die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13435, 13551 bis 13561, 13651 bis 13675, 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 mit 60 % der Vergütungssätze,

- d) - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt,
 - die Leistungen des Abschnittes 19.3,
 - die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnittes 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind,mit 60 % der Vergütungssätze.
 - 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 diesbezüglich in den Bundesmantelverträgen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
 - e) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte berechnen:
- a. für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414 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. bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2, 5 und den Abschnitten 36. 3 und 36.5 unter Berücksichtigung der Punkte 1 bis 4.
6. 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.

7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende 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.

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.

- b) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkasse 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.

Anlage 3 der Vereinbarung: Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

VK-Nr.:

Kasse:

Ermittlung der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- niedersächsische und außerniedersächsische Ärzte -

- Versicherte mit Wohnsitz in Niedersachsen (inkl. Wohnsitz im Ausland bei nds. Kassen) -

Abrechnungsquartal X/2010 - Ausgangsquartal X/2008

[1.]	Vereinbarer Leistungsbedarf gem. Datenlieferung des Instituts des Bewertungsausschusses in der Satzarzt ARZTRG87aMGVBB_KV17_100113 (Version 2.0 vom 13.01.2010)	<input type="text"/>	Punkte
[2.]	Versicherte mit Wohnsitz in Niedersachsen im Ausgangsquartal	<input type="text"/>	Versicherte
[2.1]	Versicherte mit Kostenerstattung im Ausgangsquartal	<input type="text"/>	Versicherte
[3.]	Versicherte mit Wohnsitz in Niedersachsen im Abrechnungsquartal	<input type="text"/>	Versicherte
[3.1]	Versicherte mit Kostenerstattung im Abrechnungsquartal	<input type="text"/>	Versicherte
[4.]	Vereinbarer regionaler Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V	<input type="text"/>	Cent
[5.]	vorhersehbare Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Abrechnungsquartal $= [1] / ([2] - [2.1]) \times ([3] - [3.1]) \times [4] /$	<input type="text"/>	Euro
[6.]	nur nachrichtlich: Leistungsanforderung im Abrechnungsquartal	<input type="text"/>	Euro
[7.]	nur nachrichtlich: Bewertungsquote im Abrechnungsquartal $= [5] / [6]$	<input type="text"/>	Prozent

Hannover, den 08.04.2010

gez.

.....
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

gez.

.....
AOK - Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

gez.

.....
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

gez.

.....
IKK Nord

gez.

.....
Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines
Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)

gez.

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hannover

gez.

.....
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Anlagen