

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

1. Nachtrag zur Prüfvereinbarung vom 26.10.1993

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo), Düsseldorf,

einerseits

und
die AOK Rheinland, Düsseldorf,

der Landesverband der Betriebskrankenkassen, Essen,

die IKK Nordrhein, Bergisch-Gladbach,

die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf, zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel,

die Bundesknappschaft, Bochum,

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg, und der AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Siegburg, vertreten durch die VdAK-/AEV-Landesvertretung Nordrhein Westfalen,

andererseits

schließen zur Prüfvereinbarung vom 26.10.1993 folgenden Nachtrag:

I.

Zur redaktionellen Klarstellung der Antrags- bzw. Prüfgrundlagen für einzelne Prüffelder wird die Prüfvereinbarung - dem insoweit von Anfang an übereinstimmenden Regelungsziel entsprechend - wie folgt neu gefaßt bzw. ergänzt:

1. § 15 Abs.1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„... bei Verordnungen in ungerechtfertigter Weise Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen bzw. unwirtschaftliche Arzneimittelanwendungen (z.B. im Rahmen der Hämophiliebehandlung) veranlaßt hat.“

2. In § 22 wird folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

„Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten für die Quartale 1/93 u. 2/93 richtet sich nach § 13 dieser Vereinbarung, die Prüfung in besonderen Fällen für die Quartale 1/93 u. 2/93 nach § 15 dieser Vereinbarung.“

3. § 22 Absätze 5 - 8 werden § 22 Absätze 6 - 9.

Die vorgenannten Änderungen gelten unmittelbar für alle für die Quartale ab 1/93 anhängig gewordene Prüfverfahren.

II.

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung (Untergruppeneinteilung) erhält folgende Fassung:

Untergruppeneinteilung

Arztgruppe

UG Definition Arztuntergruppe (UG)

01 = Anästhesisten

1 = Vertragsärzte (VÄ), die überwiegend* (> 50%) Narkoseleistungen nach den Zuschlagsnummern 90,186 und/oder 194 EBM erbringen

* = **Summe der Abrechnungshäufigkeiten der Zuschläge nach den Nrn. 90,186 und/oder 194 EBM x 100 : Summe der Fallzahl kurativ + SoHi > 50**

2 = VÄ, die nicht der UG 1 zugeordnet werden können

3 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

04 = Augenärzte

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle, sofern nicht UG 3

2 = VÄ mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM, sofern nicht UG 3

3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle und mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM

4 = übrige VÄ, die nicht den UG 1, 2, 3 oder 5 zugeordnet werden können

5 = Belegärzte

6 = Bet./erm. Krankenhausärzte

07 = Chirurgen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 80 ff. EBM mit mehr als 15 Leistungsansätzen je 100 kurative Fälle, sofern nicht UG 2 oder 6

2 = VÄ, die überwiegend proktologisch tätig sind, d.h. VÄ, die die Leistungen nach den Nrn. 370 bis 374, 2740, 2741, 2742, 2745, 2746, 2750 und/oder 2751 EBM in einer Häufigkeit von mehr als 50 auf je 100 Behandlungsfälle erbringen, sofern nicht UG 3 oder 6

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 3 = übrige VÄ, die nicht den UGen 1, 2, 4 oder 6 zugeordnet werden können
- 4 = Belegärzte, sofern nicht UG 6
- 5 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 6 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistung nach Nr. 8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

10 = Gynäkologen

- 1 = VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs (in Punkten) der Kapitel O III + P + Q EBM mehr als 40% der kurativ angeforderten Punktzahl überschreitet, sofern nicht UG 5
- 2 = VÄ, deren angeforderte Summe (Pz) an Zuschlägen für amb. Operationen nach den Nrn. 80 ff., 111, 113, 188 und/oder 198 EBM mehr als 5% des Leistungsbedarfs gesamt beträgt, sofern nicht UG 1 oder 5
- 3 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 4 oder UG 5
- 4 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 5 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistung nach Nr. 8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

13 = HNO-Ärzte

- 1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM, sofern nicht UG 3, 5 oder 6
- 2 = VÄ mit Sonographien und/oder Röntgenleistungen, sofern nicht UG 3, 5 oder 6
- 3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM sowie Sonographien und/oder Röntgenleistungen
- 4 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 3, 5 oder 6
- 5 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
- 6 = Belegärzte
- 7 = Bet./erm. Krankenhausärzte

16 = Dermatologen

- 1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 81 ff. EBM in einer Häufigkeit von mehr als 3 je 100 Behandlungsfälle, sofern nicht UG 2
- 2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
- 3 = übrige VÄ, soweit nicht UG 1 oder 2
- 4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

19 = Internisten

- 1 = VÄ, die keiner der nachfolgenden Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = VÄ mit Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)
- 3 = VÄ ohne Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)
- 4 = VÄ mit Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
 - Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
 - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
 - echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- 5 = VÄ ohne Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
 - Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
 - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
 - echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- 6 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Kardiologie
- 7 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Gastroenterologie
- 8 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie
- 9 = Bet./erm. Krankenhausärzte

Zusatz: Internisten (19) mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde siehe Fachgruppe 29 UG 2 oder 4

23 = Kinderärzte

- 1 = Vertragsärzte

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

- 2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

26 = Laborärzte

- 1 = VÄ, bei denen die Summe der Leistungen nach den Nrn. 155, 168, 4900 bis 4986 EBM je 100 Behandlungsfälle kurativ + SoHi + Früherkennung 50 übersteigt
2 = übrige Vertragsärzte
3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

29 = Lungenärzte

- 1 = Lungenärzte
2 = Internisten mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde
3 = Lungenärzte, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
4 = Internisten mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

35 = MKG- Chirurgen

- 1 = Vertragsärzte
2 = Bet./erm. Krankenhausärzte

38 = Nervenärzte

- 1 = Nervenärzte, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie
2 = Ärzte für Neurologie
3 = Ärzte für Psychiatrie
4 = VÄ der FG 38 mit überwiegend* psychotherapeutischer Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM
* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen
5 = VÄ der FG 38, die überwiegend* elektoneurophysiologische Leistungen nach den Nrn. 802 bis 806 (EEG) und/oder 809 bis 811 (EMG) EBM erbringen
* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen
6 = Bet./erm. Krankenhausärzte mit überwiegend* psychotherapeutischer Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM

* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen

- 7 = Bet./erm. Krankenhausärzte, die überwiegend* elektoneurophysiologische Leistungen nach den Nrn. 802 bis 806 (EEG) und/oder 809 bis 811 (EMG) EBM erbringen

* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen

- 8 = übrige Krankenhausärzte, sofern nicht UG 6 oder UG 7
9 = Kinder- und Jugendpsychiater

41 = Neurochirurgen

- 1 = Vertragsärzte
2 = Bet./erm. Krankenhausärzte

44 = Orthopäden

- 1 = Vertragsärzte, sofern nicht UG 2
2 = Vertragsärzte und Belegärzte mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 85 ff.
3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

47 = Pathologen

- 1 = VÄ, deren angeforderte Punktzahl für Leistungen aus Kapitel P I EBM mehr als 50% der angeforderten Punktzahl für Sonderleistungen beträgt
2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1
3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

50 = Psychotherapeuten

- 1 = VÄ der FG 50, deren Leistungsbedarf nach den Nrn. 850 bis 897 EBM 50 % des gesamten Lb übersteigt

53 = Radiologen

- 1 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera oder DSA und ohne Strahlentherapie nach Kap. T III bis T V EBM
2 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA und/oder MRT, jedoch ohne Strahlentherapie nach Kap. T III bis T V EBM
3 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera oder DSA, jedoch mit Strahlentherapie nach Kap. T III bis T V EBM
4 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA und/oder MRT sowie mit Strahlentherapie nach Kap. T III bis T V EBM
5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

56 = Urologen

- 1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 80 ff. und/oder 184 EBM mit einer Häufigkeit von mehr als 7 auf je 100 Fälle kurativ + SoHi, sofern nicht UG 4
2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 3 oder UG 4

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

- 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte
4 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach den Nrn. 8651 oder 8650/8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen
- 59 = Nuklearmediziner** 1
- 69 = n.ä. Verhaltenstherapeuten** 1
- 70 = n.ä. Psychotherapeuten** 1
- 71 = Psychagogen** 1
- 73 = für Früherkennung ermächtigte Ärzte** 1
- 74 = Universitätspolikliniken, Krankenhäuser/Institute**
- 0 = Abrechnung der in Krhs. behandelten Notfälle bei Anspruchsberechtigten der Primär- und Ersatzkassen
- 1 = Abrechnung von in Krhs. ausgeführten ärztlichen Sachleistungen zu Lasten der Primär- und Ersatzkassen
- 2 = Abrechnung der „Sonderkrankenhäuser“, die nach EBM abrechnen
- 3 = Abrechnung der Zentrumsdialyse durch Dialysezentren
- 5 = Abrechnung der Heimdialyse durch Ärzte in Dialysezentren
- 75 = Notfallärzte** 0
- 80-89 = Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte / Ärzte**
- 1 = VÄ der FG 80-89, die keine der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 2 = VÄ der FG 80-89, die einen der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 3 = VÄ der FG 80-89, die zwei der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 4 = VÄ der FG 80-89, die drei der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 5 = VÄ der FG 80-89, die vier der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 6 = VÄ der FG 80-89, die fünf der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 7 = VÄ der FG 80-89, die sechs oder mehr der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8
- 8 = VÄ der FG 80-89, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
- A - Sonographische Untersuchungen (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM) oder directionale Ultraschall-doppler-Untersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
- B - Spirographische Untersuchungen (Nrn. 691 ff. EBM)
- C - Endoskopische Leistungen (Nr. 741 ff. EBM) und/oder Rektoskopie (Nr. 755)
- D - Belastungs-EKG (Nr. 604) und Langzeit-EKG nach den Nrn. 606 und 608/609
- E - Schrittmacherkontrolle (Nr. 620 EBM) und/oder Echokardiographie (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- F - Chirurgische Leistungen mit Op-Zuschlägen nach den Nrn. 80 ff. EBM
- G - Röntgenleistungen
- Untergruppe „0“ gilt für „nur Notfälle abrechnende Ärzte“ je Fachgruppe**
- Die Anpassung der Untergruppeneinteilung (Anlage 1) tritt zum 01.01.1996 in Kraft.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo), Düsseldorf
- Gezeichnet: Dienstsiegel
Dr. Winfried Schorre
1. Vorsitzender des Vorstandes
Düsseldorf, den 13.02.1996
- die AOK Rheinland, Düsseldorf
- Gezeichnet: Dienstsiegel
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes
Düsseldorf, den 28.02.1996
- der Landesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- Gezeichnet: Dienstsiegel
Hoffmann
Vorstandsvorsitzender
Essen, den 18.03.1996
- die IKK Nordrhein, Bergisch-Gladbach
- Gezeichnet: Dienstsiegel
Friedhelm Bilski
Vorstandsvorsitzender
Bergisch-Gladbach, den 10.06.1996
- die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf, zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel
- Gezeichnet: Dienstsiegel
Schrapers
Düsseldorf, den 16.04.1996

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

die Bundesknappschaft, Bochum
Gezeichnet:
Schulte
Bochum, den 22.04.1996

Dienstsiegel

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg,
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Siegburg,
vertreten durch
die VdAK/AEV-Landesvertretung Nordrhein Westfalen, Düsseldorf
Gezeichnet:
Wolfgang Mudra
Düsseldorf, den 18.06.1996

Dienstsiegel

Honorarverteilungsmaßstab

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der
von der Vertreterversammlung am
22. Juni 1996

beschlossenen Fassung, veröffentlicht im Rheinischen
Ärzteblatt, Ausgabe August 1996, Heft 8
Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V wird für den Bereich der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
folgender Honorarverteilungsmaßstab aufgestellt:

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütung aller Primär-Krankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft sowie der Ersatzkassen, ohne Rücksicht darauf, ob diese nach einem Pauschale oder nach Einzelleistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle, Anteile überbezirklicher Krankenkassen).

§ 2 Leistungsbewertung

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (kurative Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Gesundheitsuntersuchungen, „Sonstige Hilfen“ sowie Maßnahmen zur Rehabilitation, die mit der Gesamtvergütung abgegolten werden (§ 85 Abs. 1 SGB V).
- 2) Die ärztlichen Leistungen werden, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts anderes bestimmt ist, nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in der jeweils gültigen

Fassung bewertet (BMÄ bzw. EGO, im folgenden EBM genannt).

- 3) Die Bewertung der Dokumentation ärztlicher Leistungen im Rahmen der onkologischen Nachsorge richtet sich nach den hierüber mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen.

§ 3 Nicht abrechnungsfähige Leistungen

- 1) Nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die nach den geltenden Bestimmungen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, insbesondere
 - a) Reihenuntersuchungen in Betrieben
 - b) Einstellungsuntersuchungen in Betrieben
 - c) Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit
 - d) Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen
 - e) badeärztliche Behandlung
 - f) Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht
 - g) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heilverfahrens oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Primär-Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind
 - h) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten
 - i) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden
 - j) Leistungen im Auftrage des medizinischen Dienstes
 - k) Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrage der Berufsgenossenschaften
 - l) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulosefürsorge
 - m) die Selbstbehandlung sowie die Behandlung der mitversicherten Familienangehörigen mit Ausnahme der Sachkosten nach dem DKG-NT
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind
 - a) fachfremde Leistungen, außer bei einer Notfallbehandlung (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), es sei denn, die Dringlichkeit ist begründet. Regelmäßig erbrachte fachfremde Leistungen sind jedoch nicht abrechnungsfähig.
 - b) Leistungen von Krankenhausärzten außerhalb der ausgesprochenen Ermächtigung (§ 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).
 - c) Leistungen, für die eine gesetzliche oder gesamt-