

35. In Abschnitt G I. Nr. 2 Satz 1 wird B I. 3.2 durch C 1.2 ersetzt.

36. Der Abschnitt G II. erhält folgende Überschrift:

Diplom-Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (früher auch Psychagogen)

37. In Abschnitt G II. Satz 1 wird G durch H und H durch I ersetzt.

38. In Abschnitt G II. Satz 3 erhält die Klammer folgende Fassung: früher auch Psychagogen

39. Der Abschnitt G der Richtlinien wird zum Abschnitt H.

40. In Nr. 1. Satz 2 des Abschnitts H wird H durch I ersetzt.

41. Nr. 2. Satz 2 des Abschnitts H erhält folgende Fassung:

Er ist insbesondere für die Indikationsstellung zur Psychotherapie gegeb-

nenfalls nach Kooperation mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten verantwortlich.

42. Der Abschnitt H der Richtlinien wird zum Abschnitt I.

43. Der Abschnitt I der Richtlinien wird zum Abschnitt K.

Die vorstehenden Änderungen und Ergänzungen treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 4. Mai 1990

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

(Die Änderungen sind mit der Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt Nr. 7/8 vom 31. Juli 1990 am 1. August 1990 in Kraft getreten.) □

## Durchführungsbestimmungen zum Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Körperschaft des öffentlichen Rechts, 5000 Köln 41, Herbert-Lewin-Straße 3, und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V., 5200 Siegburg, Frankfurter Straße 84, werden zum Vertrag über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen vom 21. März 1990 folgende Durchführungsbestimmungen mit Wirkung ab dem 2. Vierteljahr 1990 vereinbart:

### § 1, Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

1. Für die Barmer Ersatzkasse, Wuppertal, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse-KKH, Hannover, Hamburg-Münchener Ersatzkasse, Hamburg, Techniker Krankenkasse, Hamburg, Hanseatische Ersatzkasse, Hamburg, Handelskrankenkasse Bremen, Bremen – im folgenden „Angestellten-Krankenkassen“ genannt – sowie für die Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd, Gärtner-Krankenkasse, Hamburg, Braunschweiger Kasse, Hamburg, Hamburgischer Zimmerer Krankenkasse, Hamburg, Neptun Berufskrankenkasse für die Binnenschifffahrt, Hamburg, Buchdrucker Krankenkasse, Hannover, Krankenkasse Eintracht, Heusenstamm, – im folgenden „Arbeiter-Ersatzkassen“ genannt – werden der Leistungsbedarf und das Honorar für die vertragsärztlichen ambulanten und be-

legärztlichen Leistungen ab 2. Vierteljahr 1990 mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels O der E-GO (– Laboratoriumsuntersuchungen –) grundsätzlich nach den Gebührensätzen der E-GO berechnet.

2. Für Leistungen des Kapitels O der E-GO wird weiterhin ein Betrag je Mitglied in der Allgemeinen Krankenversicherung und in der Krankenversicherung der Rentner der Angestellten Krankenkassen einerseits sowie der Arbeiter-Ersatzkassen andererseits vergütet.

a) Der Betrag je Mitglied des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres errechnet sich aus dem Ausgangsbetrag je Mitglied und Kasse, multipliziert mit dem Veränderungsfaktor, der sich aus dem Vergleich der Grundlohnsummen je Mitglied des Abrechnungsvierteljahres mit der Grundlohnsumme je Mitglied des entsprechenden Ausgangsvierteljahres – jeweil im Durchschnitt der Angestellten-Krankenkassen bzw. der Arbeiter-Ersatzkassen – ergibt.

Der Ausgangsbetrag je Mitglied entspricht der Honorarsumme für die Laboratoriumsleistungen nach den Positionen D-01-19 und D-18-19 des Formblattes 3 des jeweiligen Vorjahresvierteljahres je Ersatzkasse, dividiert durch die jeweilige Zahl der Mitglieder nach Position M-99-90.

b) Zur Berechnung der vertragsärztlichen Honorarsumme für die Leistungen nach Kapitel O der E-GO wird der nach Nr. 2a um die Grundlohnentwicklung veränderte Betrag je Mitglied und Kasse mit deren Mitgliederzahl im jeweiligen Abrechnungsvierteljahr multipliziert.

3. Die Vergütung für die folgenden Leistungen erfolgt nach Maßgabe der Anforderung:

- die Versandkostenpauschalen nach Kapitel U der E-GO
- die Telefonkosten nach A I Nr. 4 der E-GO
- diejenigen Kosten, die zusätzlich zu Leistungen nach der E-GO berechnet werden können und nicht der Sprechstundenbedarfsregelung unterliegen
- die Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei der Dialysebehandlung gemäß Anlage 14 zum EKV
- die Behandlung in Polikliniken
- die ambulante Behandlung in Krankenhäusern und ärztlich geleiteten Einrichtungen
- die Schutzimpfungen gemäß Anlage 17 zum EKV
- der zusätzliche Aufwand bei Behandlung von Krebskranken
- die Abgeltung von Kosten aufgrund regionaler Vereinbarungen (Beteiligung am organisierten Notfall- oder Bereitschaftsdienst und ähnliches).

4. Zur Überprüfung des in Nr. 2 Abs. 1 des Honorarvertrages vom 21. März 1990 vereinbarten Zieles stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Ausgangsbeträge jeweils in einer Summe, getrennt nach den Angestellten-Krankenkassen und den Arbeiter-Ersatzkassen, für die einzelnen Abrechnungsvierteljahre fest und stimmt diese Beträge mit den Verbänden der Ersatzkassen ab.

5. Nach Auswertung der Abrechnungsergebnisse der einzelnen Quartale stimmen sich die Vertragspartner darüber ab, wie der Ausgleich nach Nr. 2 der Honorarvereinbarung vom 21. März 1990 durchgeführt werden soll.

### § 2, Abrechnungsnachweis

1. Der Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen (Leistungsbedarf) wird unter Zugrundelegung der vertraglichen

Berechnungsgrundlagen nach den Gebührensätzen der E-GO bzw. nach den vereinbarten DM-Beträgen bzw. für das Kapitel O der E-GO nach Punktzahlen ermittelt.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise deren Bezirks- und Abrechnungsstellen führen gegenüber jeder beteiligten Ersatzkasse unmittelbar nach Fertigstellung der Abrechnung den Nachweis über den geprüften und gegebenenfalls berichtigten Leistungsbedarf. Mittels Formblatt 3 A und den vereinbarten Abrechnungsunterlagen einschließlich der Unterlagen über die Berichtigung des Leistungsbedarfs aus Vorquartalen erfolgt dieser Nachweis getrennt nach Allgemein-Versicherten, deren Familienangehörigen sowie Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen.

3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Berücksichtigung der von den beteiligten Ersatzkassen bereits geleisteten Zahlungen für jede Ersatzkasse einen vollständigen Abrechnungsnachweis auf einem Formblatt 3 über den gesamten Leistungsbedarf, die Honorarsumme und die Verwaltungskostenbeiträge des jeweiligen Abrechnungsvierteljahres, getrennt nach Allgemein-Versicherten, deren Familienangehörigen sowie nach Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen; diesem Abrechnungsnachweis wird eine Ausfertigung der Formblätter 3 der Bezirks- und Abrechnungsstellen beigefügt. Die Verbände der Ersatzkassen erhalten je ein verbandsbezogenes Sammel-Formblatt 3 sowie ein Gesamt-Formblatt 3 je Ersatzkasse als Abrechnungsnachweis.

### § 3, Zahlungen der Ersatzkassen

Die monatlichen Abschlagszahlungen gemäß § 13 Nr. 6 des Arzt/Ersatzkassenvertrages werden von der Aufteilungsstelle für das Ersatzkassenhonorar festgesetzt und beziehen sich auf den gesamten Leistungsumfang gemäß Pos. D-99-90-99 des kassenbezogenen Formblattes 3 des zuletzt abgerechneten ersten Kalendervierteljahres.

a) Die Ersatzkassen leisten bis zum 1. eines jeden Monats die Abschlagszahlungen gemäß § 13 Nr. 6 des Arzt/Ersatzkassenvertrages in einer Summe je Kasse auf das Konto der „Aufteilungsstelle für das Ersatzkassen-Honorar“ bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G., Köln.

b) Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank überweist bei entsprechendem Zahlungseingang nach Nr. 1 a am 1. eines jeden Monats bei zeitgleicher Wertstellung die Abschlagszahlungen nach Maßgabe der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erteilten Vorgabe an die Bezirks- und Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Dauerauftragsverfahren.

c) Sofern der Monatserste auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt, gilt der nachfolgende Werktag als Zahltag.

d) Die in § 13 Nr. 8 des Arzt/Ersatzkassenvertrages vorgesehene Regelung kann auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahrgenommen werden.

2. Die Verbände der Ersatzkassen teilen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zur achten Woche nach dem Ende des Abrechnungsvierteljahres die Mitgliederzahlen und die Grundlöhne der Angestellten-Ersatzkassen beziehungsweise der Arbeiter-Ersatzkassen mit.

3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermittelt die Höhe der vertragsgemäß zu zahlenden Honorarsumme je Ersatzkasse, die für das betreffende Abrechnungsvierteljahr zu zahlen ist. Die Endabrechnung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgt unverzüglich nach Fertigstellung der Gesamtrechnung. Die Ersatzkassen zahlen den Differenzbetrag zwischen den geleisteten Abschlagszahlungen und der Endabrechnung innerhalb von zehn Tagen nach Geltendmachung der Forderung (§ 13 Nr. 8 des Arzt/Ersatzkassenvertrages).

### § 4, Abrechnungsverkehr zwischen den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Die Abwicklung des Zahlungsverkehrs zwischen den Ersatzkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt über die „Aufteilungsstelle für das Ersatzkassen-Honorar“. Diese Aufteilungsstelle unterhält die Konto-Nummer 0 501 418 378 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Köln; für die Überweisungen sind die folgenden Bankleitzahlen zu verwenden:

a) **Bankleitzahl 200 906 02** für die Überweisungen der  
– Deutschen Angestellten-Krankenkasse, Hamburg

– Hamburg-Münchener Ersatzkasse, Hamburg  
– Techniker Krankenkasse, Hamburg  
– Hanseatische Ersatzkasse, Hamburg  
– Gärtner-Krankenkasse, Hamburg  
– Hamburgische Zimmerer-Krankenkasse, Hamburg  
– Neptun Berufskrankenkasse für die Binnenschifffahrt, Hamburg.

b) **Bankleitzahl 250 906 08** für die Überweisungen der  
– Kaufmännischen Krankenkasse-KKH, Hannover  
– Buchdrucker-Krankenkasse, Hannover

c) **Bankleitzahl 270 906 18** für die Überweisungen der  
– Braunschweiger Kasse, Hamburg

d) **Bankleitzahl 290 906 05** für die Überweisungen der  
– Handelskrankenkasse Bremen, Bremen

e) **Bankleitzahl 330 606 16** für die Überweisungen der  
– Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

f) **Bankleitzahl 500 906 07** für die Überweisungen der  
– Krankenkasse Eintracht, Heusenstamm

g) **Bankleitzahl 600 906 09** für die Überweisungen der  
– Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd

2. Die Aufteilungsstelle verteilt die von den Ersatzkassen gezahlten Honorarsummen auf die beteiligten Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Maßgabe der von diesen auf Formblatt 3 A gemeldeten gesamten Leistungsanforderungen unter Berücksichtigung der von den Ersatzkassen geleisteten Abschlagszahlungen unverzüglich nach dem Eingang der Restzahlung.

3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist berechtigt,

a) die Leistungsanforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die bereits durch pauschalierte Vergütungen in Vorquartalen abgegolten sind, aus der Honorarsumme, die der Grundlohnentwicklung unterliegt, als Vorwegabzüge zu befriedigen;

b) gegebenenfalls angemessene Rückstellungen aus dem Teil der Honorarsumme, der der Grundlohnentwicklung unterliegt, für Leistungsanforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die während der Laufzeit des Vertrages entstehen und nach Ablauf des Vertrages geltend gemacht werden, zu bilden und diese nach Maßgabe der Anforderung im Rahmen der Abwicklung des Honorarvertrages weiter aufzulösen.

Köln/Siegburg, den 19. Juli 1990 □