



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2003 Nr. 43](#)
Veröffentlichungsdatum: 06.10.2003
Seite: 1150

I

Freie Heilfürsorge der Polizeivollzugsbeamten; Ambulante ärztliche Versorgung RdErl. d. Innenministeriums v. 06.10.2003 - 45.3 - 8001

203030

Freie Heilfürsorge der Polizeivollzugsbeamten; Ambulante ärztliche Versorgung

RdErl. d. Innenministeriums v. 06.10.2003 - 45.3 - 8001

Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe ist der nachstehende Vertrag geschlossen worden, den ich im Wortlaut bekannt gebe:

VERTRAG

zwischen

dem Land Nordrhein-Westfalen

- vertreten durch das Innenministerium -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,

der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

- vertreten durch ihre Vorstände -

gültig ab 01.10.2003

über die ambulante vertragsärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen der freien Heilfürsorge

§ 1

Gegenstand des Vertrages

1

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe stellen nach § 75 Absatz 3 SGB V sicher:

1.1

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten des Landes Nordrhein-Westfalen (nachfolgend Anspruchsberechtigte genannt) sowie deren stationäre ärztliche Versorgung, soweit diese nicht durch den Pflegesatz abgegolten ist (belegärztliche Behandlung),

1.2

die Untersuchung (Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung) von Polizeivollzugsbeamten oder schriftliche Mitteilungen durch Vertragsärzte, die von Polizeiarzten veranlasst werden,

- zum Zwecke der Feststellung der Dienst/-Verwendungsfähigkeit oder

- aus arbeitsmedizinischen oder fürsorgeärztlichen Gründen.

2

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen im Lande Nordrhein-Westfalen die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

§ 2

Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

1

Den Anspruchsberechtigten ist die ärztliche Behandlung zu gewähren, die zur Erkennung, Heilung oder Linderung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig ist.

2

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die Behandlung im Krankheitsfall nach Maßgabe der Verordnung über die freie Heilfürsorge der Polizeivollzugsbeamten (FHVOPol) in der jeweils gültigen Fassung.

3

Zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gehören nicht Leistungen nach Abschn. B X.

E-GO, Leistungen nach Abschn. J II. E-GO und prophylaktische Impfleistungen.

4

Für die Durchführung von Leistungen nach Absatz 2 finden die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen verabschiedeten Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung sinngemäß Anwendung, soweit sie für diesen Vertrag von Bedeutung sind. Dies sind insbesondere

- Arzneimittel-Richtlinien
- Heilmittel-Richtlinien/HMR
- Hilfsmittel-Richtlinien
- Krankentransport-Richtlinien
- Mutterschafts-Richtlinien
- die Anwendung der Psychotherapie-Richtlinien erfolgt i.V. mit den Psychotherapie Vereinbarungen

5

Die Bestimmungen der FHVOPol bleiben im übrigen unberührt.

§ 3

Teilnehmende Ärzte und Einrichtungen

1

Die vertragsärztliche Versorgung nach diesem Vertrag obliegt allen zugelassenen und ermächtigten Ärzten (Vertragsärzte). Darüber hinaus können an diesem Vertrag niedergelassene in das Arztregister eingetragene Nichtvertragsärzte sowie an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Institute teilnehmen, sofern sie durch Annahme des Behandlungsausweises oder der Krankenversichertenkarte (§§ 5 und 6) diesen Vertrag als für sich verbindlich anerkennen. Ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eingeschränkt, so gilt dies auch für diesen Vertrag.

2

Soweit sich Vorschriften dieses Vertrages einschließlich der Anlage auf Vertragsärzte beziehen,

gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten, sofern sich aus den nachstehenden Vorschriften nichts Abweichendes ergibt.

3

Die Anspruchsberechtigten haben die freie Wahl unter den nach Absatz 1 berechtigten Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen und den nach Absatz 2 Berechtigten.

§ 4

Vordrucke

1

Die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung können - soweit erforderlich - verwendet werden. Das Nähere über die Kostenbeteiligung regelt das Innenministerium mit den Verbänden der Krankenkassen in Nordrhein und Westfalen-Lippe.

2

Die Vordrucke können nach der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers vom Vertragsarzt selber in der Praxis erzeugt werden, wenn die in § 6 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) angegebenen Vorgaben erfüllt sind.

3

Es gelten die Regelungen der Vordruckvereinbarungen (Anlage 2 und 2a EKV) in der jeweils gültigen Fassung; für die Vordrucke im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung gilt die Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 EKV) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 5

Krankenversichertenkarte/Behandlungsausweis

1

Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Polizeivollzugsbeamten des Landes NRW, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises nachweisen.

2

Die Krankenversichertenkarte wird durch den Kostenträger (Land NRW) ausgegeben; sie ist grundsätzlich nur gültig mit der Unterschrift des Anspruchsberechtigten.

3

Der Anspruchsberechtigte ist grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die Krankenversichertenkarte mit sich zu führen. Der Kostenträger wird seine Anspruchsberechtigten dazu in geeigneter Weise anhalten.

4

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf alle relevanten Vor-

drucke maschinell unter Verwendung eines zertifizierten stationären oder mobilen Lesegerätes und eines geeigneten Druckers, ggf. unter Einsatz einer zertifizierten Software, zu übertragen; Ausnahme hiervon bildet das Ersatzverfahren. Dies gilt auch für die Ausstellung eines Abrechnungsscheins. Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein bestätigt der Anspruchsberechtigte das Bestehen des Kostenübernahmeanspruchs gegenüber dem Kostenträger durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Eine Unterschriftsleistung ist nicht erforderlich bei Anspruchsberechtigten, die zur Unterschrift nicht in der Lage sind.

5

Vertragsärzte, die mit Hilfe einer zertifizierten Software abrechnen, werden von den zuständigen KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe von der Ausstellung eines Abrechnungsscheins befreit, wenn das nicht veränderbare Datum des Einlesens der Daten des Anspruchsberechtigten von der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der Abrechnung wird. Das Einlesedatum der Daten der Krankenversichertenkarte ist der Unterschrift des Anspruchsberechtigten gleichgestellt.

6

Falls dem Vertragsarzt die Krankenversichertenkarte oder ein anderer gültiger Behandlungsausweis bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt wird, kann er vom Anspruchsberechtigten nach Ablauf von 10 Tagen eine Privatvergütung verlangen. Wird dem Vertragsarzt bis zum Ende des Quartals die Krankenversichertenkarte vorgelegt, ist die Entrichtung der Vergütung zurückzuzahlen. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel soll der Arzt in derartigen Fällen privat verordnen.

7

Wenn die Krankenversichertenkarte bereits einmal im betreffenden Quartal oder im engen zeitlichen Zusammenhang im Vorquartal dem Vertragsarzt vorgelegen hat, diese aber bei einer späteren Arzt-/Patientenbegegnung nicht mitgeführt wird oder aber nicht verwendet werden kann, findet für die unmittelbare notwendige Ausstellung von Vordrucken, die in der vertragsärztlichen Versorgung Verwendung finden, ein Ersatzverfahren statt. Dieses ist auch anzuwenden, wenn bei einer Notfallbehandlung die Krankenversichertenkarte nicht vorliegt oder ungültig ist.

Gleiches gilt, wenn dem Vertragsarzt lediglich ein gültiger Behandlungsausweis oder Überweisungsschein, nicht aber die Krankenversichertenkarte für die Verordnung zur Verfügung steht. Fälle, in denen die Krankenversichertenkarte nicht verwendet werden kann, sind

- der Anspruchsberechtigte weist darauf hin, dass sich die Zuständigkeit des Kostenträgers geändert hat, die Krankenversichertenkarte dies aber noch nicht berücksichtigt,
- die Krankenversichertenkarte ist defekt,
- das Lesegerät, der Drucker oder der PC ist defekt,

- die Krankenversichertenkarte kann nicht benutzt werden, weil für Hausbesuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der Krankenversichertenkarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Im Ersatzverfahren sind zur Ausfüllung des Personalienfeldes folgende Verfahren zulässig:

- Die manuelle oder maschinelle Beschriftung aufgrund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Anspruchsberechtigten; dabei sind die Bezeichnung des Kostenträgers, der Name, Vorname und das Geburtsdatum des Anspruchsberechtigten, der Versichertenstatus, die Statusergänzung und möglichst die Versichertennummer anzugeben.

- Die Verwendung maschinell lesbarer vorgefertigter Aufkleber, die den Abdruck des Inhalts der Krankenversichertenkarte enthalten und die in ihrem Aufbau dem verbindlichen Personalienfeld entsprechen. Dies gilt nicht für die Ausstellung von Arzneiverordnungsblättern.

8

Kann im weiteren Verlauf des Quartals die Krankenversichertenkarte verwendet werden, ist mit dieser ein Abrechnungsschein auszustellen. Der im Ersatzverfahren bereits ausgestellte Abrechnungsschein kann diesem angeheftet werden.

9

Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversichertenkarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Abrechnungsscheins erfolgte, haftet der Kostenträger dem Vertragsarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches, es sei denn, dass der Missbrauch offensichtlich ist und der Vertragsarzt ihn hätte erkennen können.

10

Die Bestimmungen zur Ausgabe von Krankenversichertenkarten sind in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Einzelheiten hierzu ergeben sich aus **Anlage 1** zu diesem Vertrag.

§ 6 Überweisungen

1

Der Vertragsarzt kann, wenn erforderlich, den Anspruchsberechtigten zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen anderen Vertragsarzt, eine ärztlich geleitete Einrichtung oder sonstige berechnigte Stellen nach § 3 überweisen. Hierfür können die für die vertragsärztliche Versorgung üblichen Vordrucke verwendet werden. Dies gilt auch nach Einführung der Krankenversichertenkarte. Die Überweisung an einen anderen Vertragsarzt derselben Arztgruppe ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

2

Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenom-

men werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Behandlungsausweis oder die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat. Eine Überweisung hat auf dem Überweisungsschein für die vertragsärztliche Versorgung zu erfolgen; der Kostenträger informiert die Anspruchsberechtigten darüber, dass ein ausgestellter Überweisungsschein dem in Anspruch genommenen Vertragsarzt vorzulegen ist. Der ausführende Vertragsarzt ist grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen. Dieses Verfahren gilt auch für Überweisungen durch den Polizeiarzt.

3

Untersuchungen (Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung), die von den Polizeiarzten nach § 1 Absatz 1 Nr. 2 veranlasst werden, sind auf den von Polizeiarzten ausgestellten Abrechnungsscheinen abzurechnen, sofern eine Abrechnung nicht mit Hilfe einer zertifizierten Software erfolgt.

§ 7

Verordnung von Krankenhauspflege

1

Krankenhauspflege kann verordnet werden, wenn Art oder Schwere der Krankheit stationäre Unterbringung erfordern oder aus diagnostischen Gründen eine stationäre Beobachtung unumgänglich ist.

2

Die Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt dem Dienstvorgesetzten des Anspruchsberechtigten vorbehalten. Der Anspruchsberechtigte hat diese zusammen mit dem Verordnungsblatt für Krankenhauspflege dem Krankenhaus auszuhändigen. In Notfällen ist die Kostenübernahmeerklärung unverzüglich nachzureichen.

§ 8

Bewertung und Vergütung von ärztlichen Leistungen

1

Die Vergütung erfolgt nach Einzelleistungen. Für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen und ergänzende Vereinbarungen ist der Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (E-GO) in der jeweils gültigen Fassung maßgebend, wobei in Fällen umsatzsteuerpflichtiger Leistungen des laufenden Kalenderjahres, sofern der Vertragsarzt die sogenannte „Kleinunternehmerregelung“ (§ 19 Umsatzsteuergesetz) nicht in Anspruch nimmt, jeweils der Punktwert der Ersatzkassen des 1. Vorjahresquartals zugrunde zu legen ist. Die Abrechnung und Bewertung stationärer belegärztlicher Leistungen richtet sich nach den hierüber zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem VdAK/AEV getroffenen Gesamtverträge.

2

Nach § 75 Absatz 3 SGB V werden die nach Absatz 1 in Rechnung gestellten Leistungen mit den von den Ersatzkassen jeweils gezahlten Punktwerten vergütet.

3

Die Zahlung von Wegegeld und/oder Wegepauschale sowie die Erstattung von Kosten richtet sich nach den Sätzen, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - ggf. der jeweiligen KV - und den Ersatzkassen vereinbart sind.

4

Ärztliche Leistungen, die in ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und sonstigen berechtigten Stellen ausgeführt werden, werden in der Höhe vergütet, wie sie für Versicherte der Ersatzkassen vereinbart worden sind.

5

Auskünfte, die die Polizeibehörden/-einrichtungen zur ordnungsgemäßen Erledigung ihrer Aufgaben bei der Gewährung der freien Heilfürsorge der Anspruchsberechtigten benötigen, sind gebührenfrei. Schriftliche Mitteilungen, die auf Verlangen der Polizeibehörden/-einrichtungen erbracht werden, werden mit dem jeweils gültigen Punktwert vergütet. Dieser Punktwert gilt auch für die Untersuchungen nach § 1 Absatz 1 Nr. 2.

6

Der Arzt darf für eine Leistung, die nach diesem Vertrag vergütet wird, von dem Anspruchsberechtigten oder einem anderen Kostenträger keine weitere Vergütung fordern.

§ 9

Prüfmaßnahmen

1

Eine Überprüfung der Honorarforderung sowie der Ordnungsweise des Arztes im Hinblick auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Anspruchsberechtigten können die Zentralen Polizeitechnischen Dienste NRW (ZPD) als die vom Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen bestimmte Stelle für die Abrechnung und Prüfung binnen sechs Monaten nach Rechnungslegung bei dem von der Kassenärztlichen Vereinigung errichteten Prüfungsausschuss beantragen. Die Prüfanträge sind zu begründen. Die Prüfung erfolgt in sinnge-
mäßiger Anwendung der für die Ersatzkassen geltenden Prüfvereinbarung.

2

Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses steht dem betroffenen Arzt und den ZPD das Widerspruchsrecht beim Prüfungsausschuss zu. Wird dem Widerspruch durch den Prüfungsausschuss nicht abgeholfen, ist die Beschwerde an den Beschwerdeausschuss zur Entscheidung weiterzuleiten.

3

Die Prüfungsausschüsse und die Beschwerdeausschüsse bestehen aus je 4 Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und einem von den ZPD benannten Arzt. Den Vorsitz führt jeweils ein

von der Kassenärztlichen Vereinigung benanntes Mitglied. Die Ausschüsse sind beschlussfähig, wenn der Vorsitzende und mindestens zwei weitere Mitglieder anwesend sind.

§ 10

Rechnungslegung

1

Die Vertragsärzte reichen am Ende eines jeden Quartals ihre Abrechnung bei der für ihren Praxissitz zuständigen Bezirksstelle bzw. Verwaltungsstelle der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb einer von dieser festgesetzten Frist ein, soweit nicht im Falle umsatzsteuerpflichtiger Leistungen eine Direktabrechnung zwischen Vertragsarzt und Kostenträger erfolgt. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen sind im übrigen die für die Ersatzkassen geltenden Bestimmungen entsprechend anzuwenden.

2

Als Rechnung erhalten die ZPD eine Mantelrechnung der für die Anspruchsberechtigten erbrachten, nach § 8 bewerteten und nach sachlicher und rechnerischer Richtigstellung anerkannten ärztlichen Leistungen sowie Einzelnachweise pro Arzt/Institut und die Abrechnungsscheine bzw. EDV-Ausdrucke.

3

Die von den ZPD entrichtete Vergütung wird an die Ärzte nach Maßgabe der von den Ärzten abgerechneten nach sachlicher und rechnerischer Richtigstellung anerkannten Leistung unter Abzug der nach dem Satzungsrecht der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zulässigen Abzüge gezahlt.

§ 11

Sachliche und rechnerische Richtigstellung

1

Die Honoraranforderungen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüft und erforderlichenfalls berichtigt.

Nachträgliche Berichtigungsansprüche haben die ZPD innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungslegung geltend zu machen. Über den Antrag entscheidet die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung durch Verwaltungsbescheid, der gegenüber dem Arzt und den ZPD ergeht. Vorherige einseitige Berichtigungen der Vergütung durch die ZPD sind nicht zulässig.

3

Die Antragstellung berechtigt bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag nicht zur Aufrechnung oder Zurückbehaltung von Zahlungen. Evtl. Honorarberichtigungen bzw. Regressbeträge sind unmittelbar zu verrechnen.

4

Solange nach Absatz 2 eine Berichtigung der Abrechnung geltend gemacht oder nach § 9 eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit beantragt werden kann, gelten die Leistungen der ZPD als Vorauszahlung.

§ 12

Zahlung der Vergütung

1

Die Vergütung wird vierteljährlich, und zwar nach Eingang der Rechnung fällig.

2

Die ZPD leisten bis zum 5. jeden Monats eine Abschlagszahlung auf das Honorar für den vorangegangenen Monat an die für sie zuständige Verwaltungsstelle (Bezirksstelle) der Kassenärztlichen Vereinigung. Die monatliche Abschlagszahlung beträgt 30 % der Honorarsumme des zuletzt abgerechneten ersten Kalendervierteljahres.

3

Überzahlungen werden als Vorauszahlungen für das folgende Vierteljahr verrechnet.

§ 13

Vertragsverletzungen

1

Erfüllt ein Vertragsarzt die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, so ahndet die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung solche Vertragsverletzungen mit den ihr zustehenden Disziplarmitteln.

2

Wegen grober Verletzungen seiner Pflichten kann ein Vertragsarzt auch von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet der Vorstand der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.

3

Ist ein Verfahren wegen einer Vertragsverletzung auf Veranlassung des Innenministeriums anhängig geworden, so ist diesem eine Mitteilung über den Ausgang des Verfahrens zuzuleiten. Über das Ergebnis eines Disziplinarverfahrens gegen einen Vertragsarzt ist das Innenministerium auch dann zu benachrichtigen, wenn ohne seine Anregung ein Disziplarmittel wegen Verletzung dieses Vertrages verhängt worden ist.

§ 14

Information

Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterrichten das Innenministerium über Änderungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages, soweit sie diesen Vertrag berühren.

§ 15

Gültigkeit des Vertrages

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01.10.2003 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Zum gleichen Zeitpunkt tritt der Vertrag vom 25.04.1989 außer Kraft.

Dortmund, Düsseldorf, den 06.05.2003

Anmerkung:

Im Interesse der Lesbarkeit und damit der Verständlichkeit wird nur eine Sprachform verwendet. Darüber soll das gesetzliche Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern in der Rechtssprache (§ 4 LGG) jedoch nicht vernachlässigt werden. Folglich wird in diesem Vertrag durchgängig nur die männliche Sprachform genutzt. Somit erfasst die eine Sprachform die jeweils andere mit.

Anlage

- **MBI. NRW. 2003 S. 1150**