

**Vereinbarung über die Abgeltung von Sachkosten  
ambulant durchgeführter bildgebender Verfahren unter  
Einbringung von Kontrastmitteln  
ab dem 01.07.2020**

zwischen der  
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen  
(im Folgenden: KVN)

und der  
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

BKK Landesverband Mitte,  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

IKK classic,  
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4 SGB V)  
Tannenstr. 4b, 01099 Dresden

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord,  
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4 SGB V)  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

und den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,  
Schillerstraße 32, 30159 Hannover  
(im Folgenden: Landesverbände)

## **Präambel**

Diese Vereinbarung regelt die Kostenübernahme für Kontrastmittel als Sachkostenpauschale mit dem Ziel, eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu fördern. Durch die versichertenbezogene Abrechnung der Pauschalen erfolgt eine Zuordnung der nicht in den Gebührenordnungspositionen des EBM enthaltenen Kosten für Kontrastmittel zum Kostenträger. Die vereinbarten Pauschalen spiegeln die durchschnittlichen Kosten eines Kontrastmittelbedarfes wider.

## **§ 1**

### **Anwendungsbereich**

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Vergütung und Abrechnung von Kontrastmitteln der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden

- a. Fachärzte für Radiologie
- b. Nuklearmediziner
- c. Urologen

(im Folgenden kontrastmittelanwendende Fachärzte) für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen.

Die Regelung zu Kontrastmitteln in der Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf (Anlage 1 Nr. 2 „Diagnostika und Diagnosebedarf“) tritt für die dieser Vereinbarung unterliegenden kontrastmittelanwendenden Fachärzte außer Kraft. Ein Bezug von Kontrastmitteln gemäß der Regelungen zu Kontrastmitteln in der Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf (Anlage 1 Nr. 2 „Diagnostika und Diagnosebedarf“) ist für kontrastmittelanwendende Fachärzte ab dem 01.10.2016 ausgeschlossen.

Kontrastmittel sind direkt durch die kontrastmittelanwendenden Fachärzte einzukaufen (Bezug und Bezahlung). Die Kosten für die Anwendung eines Kontrastmittels werden durch die Pauschalen gem. § 3 dieser Vereinbarung erstattet.

Zur Vermeidung medizinisch unbegründeter Steigerungen der Kontrastmittelverbräuche unterliegen die kontrastmittelanwendenden Fachärzte einer Begrenzungsregelung gem. § 5.

Diese entbindet nicht vom Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V, wonach Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Sind in einer Betriebsstätte neben den Kontrastmittelanwendenden Fachärzten weitere Arztgruppen tätig, die ebenfalls Kontrastmittel verwenden, unterliegen auch diese Ärzte den Bestimmungen dieses Vertrages. Auch für diese Ärzte ist ein Bezug von Kontrastmitteln über den Sprechstundenbedarf ausgeschlossen.

## § 2 Grundsätze

1. Kontrastmittelpauschalen (KM-Pauschalen) gem. § 3 können nur abgerechnet werden wenn:
  - a. die Kosten für das Kontrastmittel nicht mit den EBM Leistungen abgegolten sind,
  - b. die in § 4 genannten radiologischen Leistungen erbracht und abgerechnet und
  - c. Kontrastmittel tatsächlich angewendet wurden.
  
2. Die Berechnungen zur Höhe der KM-Pauschalen basieren auf einem durchschnittlichen Bedarf. Sie berücksichtigen:
  - a. Unterschiede von Körpergewichten,
  - b. höhere Kontrastmittelmengen im Einzelfall,
  - c. unterschiedliche Konzentrationen eines Kontrastmittels,
  - d. Verluste bei der Anwendung / Wiederholung usw.
  
3. Die Pauschalen beinhalten die satzungsgemäßen Verwaltungskosten der KVN.

## § 3 Pauschalen

1. Bariumhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT Untersuchungen	Pseudoziffer	Betrag [€]
Pauschale B1 für 125ml Bariumsulfat	91300	1,93 €
Pauschale B2 für 250ml Bariumsulfat oder für 150ml CT Suspension	91301	3,85 €
Pauschale B3 für 500ml Bariumsulfat oder für 300ml CT Suspension	91302	7,70 €
Pauschale B4 für 1000ml Bariumsulfat	91303	15,41 €
2. Jodhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT Untersuchungen <sup>1</sup>	Pseudoziffer	Betrag [€]
Pauschale J1 für 10ml	91304	2,90 €
Pauschale J2 für 50ml	91305	12,82 €

<sup>1</sup> Die Pauschalen für jodhaltige Kontrastmittel gelten unabhängig von Applikationsform und Konzentration

Pauschale J3 für 100ml	91306	25,64 €
Pauschale J4 für 200ml	91307	51,27 €
3. Jodhaltige Kontrastmittel für Röntgenuntersuchungen durch Urologen <sup>1</sup>	Pseudoziffer	Betrag [€]
Pauschale U1 für 10ml	91310	4,01 €
Pauschale U2 für 50ml	91311	17,75 €
Pauschale U3 für 100ml	91312	35,50 €
Pauschale U4 für 200ml	91313	70,99 €
4. Gadoliniumhaltige Kontrastmittel für die Magnetresonanztomographie (MRT) inkl. superparamagnetische Kontrastmittel	Pseudoziffer	Betrag [€]
Pauschale M1 für Konzentration von 0,25mmol/ml	91308	162,99 €
Pauschale M2 für alle anderen Konzentrationen	91309	51,23 €

## § 4

### Abrechnungsbestimmungen

1. Konventionelles Röntgen, bariumbasierte Kontrastmittel
  - Pseudoziffer 91300 ist neben EBM 34212, 34240, 34241, 34242, 34246 abrechenbar
  - Pseudoziffer 91301 ist neben EBM 34247 abrechenbar
  - Pseudoziffer 91302 ist neben EBM 34248, 34252 abrechenbar
  - Pseudoziffer 91303 ist neben EBM 34251 abrechenbar
  - Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91300 bis 91303 einfach abrechenbar. Für die Gallenwege nach EBM 34250 gibt es kein Kontrastmittel mehr.
  
2. Konventionelles Röntgen, jodhaltige Kontrastmittel – außer durch Urologen
  - Pseudoziffer 91304 ist neben EBM 34235, 34236, 34260 abrechenbar.
  - Pseudoziffer 91305 ist neben EBM 34294, 34296, 34297 abrechenbar.
  - Pseudoziffern 91306 ist neben EBM 34255, 34256, 34257 abrechenbar.
  - Pseudoziffer 91307 (200 ml) ist bei gleichzeitiger Erbringung der Leistungen EBM 34255 und 34256 an einem Tag abrechenbar.
  - Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91304, 91305, 91306 oder 91307 einfach abrechenbar.

3. Konventionelles Röntgen, jodhaltige Kontrastmittel – durch Urologen
  - Pseudoziffer 91310 ist neben EBM 34260 abrechenbar.
  - Pseudoziffer 91311 ist neben EBM 34297 abrechenbar.
  - Pseudoziffer 91312 ist neben EBM 34255, 34256, 34257 abrechenbar
  - Pseudoziffer 91313 (200 ml) ist bei gleichzeitiger Erbringung der Leistungen EBM 34255 und 34256 an einem Tag abrechenbar.
  - Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91310, 91311, 91312 oder 91313 einfach abrechenbar.
  - Die Pseudoziffern 91310, 91311, 91312 und 91313 sind nur durch Urologen / ermächtigte Urologen abrechenbar.
  
4. Computertomographie (CT), bariumbasierte Kontrastmittel
  - Pseudoziffer 91301 ist neben der EBM 34340,34342 abrechenbar
  - Pseudoziffer 91302 ist neben der EBM 34341 abrechenbar
  - Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91301 oder 91302 einfach abrechenbar.
  - Die Kontrastmittel zur GOP EBM 34343, 34344 sind in der 34340, bzw. 34342, bzw. 34341 enthalten.
  
5. Computertomographie (CT), jodhaltige Kontrastmittel
  - Pseudoziffer 91305 ist neben der EBM 34310, 34321 abrechenbar.
  - Pseudoziffer 91306 ist neben der EBM 34322, 34330, 34340, 34341, 34342 abrechenbar.
  - Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91305 oder 91306 einfach abrechenbar.
  
6. Magnetresonanztomographie (MRT)
  - Pseudoziffern 91308 und 91309 sind neben den EBM 34410-34451, 34460, 34470-34490 abrechenbar.
  - Je Behandlungstag ist sowohl die Pseudoziffer 91308 als auch die Pseudoziffer 91309 nur einmal abrechenbar.
  
7. Als Ausnahmen gilt die Abrechnung von Leistungen des EBM, die in dieser Vereinbarung nicht aufgeführt sind und die einer Anwendung von Kontrastmitteln bedürfen. Auch hier sind die unter § 3 aufgeführten Pauschalen abrechenbar und entsprechend mit dem Buchstaben A hinter jeder Pseudoziffer zu kennzeichnen.

8. Die für die Vertragsärzte geltenden Abrechnungsbestimmungen und Zahlungsregelungen der KVN finden Anwendung, soweit in dieser Vereinbarung keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Die KVN führt eine Abrechnungsprüfung durch. Abgerechnete Kontrastmittelpauschalen ohne die dazugehörige EBM-Leistung mit Kontrastmitteleinbringung gem. Nr. 1 bis 6 werden von der KVN gestrichen.
9. Die Krankenkassen behalten sich vor, die Kontrastmittelmengen über die Fallzahlen zu prüfen.

## **§ 5**

### **Begrenzungsregelung**

1. Die in § 1 genannten kontrastmittelanwendenden Fachärzte unterliegen bezüglich der Kontrastmittelabrechnung nachstehender Begrenzungsregelung, die der medizinisch unbegründeten Steigerung der Kontrastmittelverbräuche entgegen wirkt.
  - 1.1. Je Arztgruppe gem. § 1 wird auf Basis des um 2 % erhöhten Abrechnungsvolumens gem. § 3 des Vorjahresquartals für das Abrechnungsquartal eine Ausgabenobergrenze in Euro gebildet. Die Ausgabenobergrenze wird den Landesverbänden KVN-seitig für die Abrechnungsquartale 1 – 4/2017 mitgeteilt. Überschreitet die Leistungsanforderung gem. § 3 je Arztgruppe gem. § 1 im Abrechnungsquartal die Ausgabenobergrenze, unterliegen die Ärzte dieser Arztgruppe der arztindividuellen Begrenzung nach 1.2.
  - 1.2. Je Arzt einer Arztgruppe gem. 1. wird auf Basis des um 2 % erhöhten Abrechnungsvolumens gem. § 3 je Quartal der Quartale 1 – 4/2016 (Basisquartale) für das Folgejahr eine Ausgabenobergrenze in Euro gebildet. Die Ausgabenobergrenze für das jeweilige Quartal erhöht sich für die Folgejahre in Abhängigkeit der prozentualen Steigerung der Fallzahlen, sofern die Fallzahlsteigerung erklärbar ist. Die Höhe der Pauschalen gem. § 3 bleibt dabei unverändert.

Die arztindividuellen Ausgabenobergrenzen werden den Ärzten KVN-seitig vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Im Falle der Anwendung der arztindividuellen Begrenzung gem. 1.1 wird bei arztindividueller Überschreitung der für das Abrechnungsquartal geltenden Ausgabeobergrenze die Leistungsanforderung gem. § 3 auf die Ausgabenobergrenze begrenzt.

- 1.3. Jeweils nach Ablauf von vier Quartalen wird für die Ärzte, die unter die o. g. Beschränkung fallen, geprüft, ob in mindestens einem der Quartale die anerkannte Leistungsanforderung die gem. 1.2 festgelegte Ausgabenobergrenze unterschreitet.

Ergibt die Prüfung eine Unterschreitung in mindestens einem Quartal, so wird in den nach 1.2 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 Ausgabenobergrenzen der vier Quartale.

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

- 1.4. Für Ärzte, die im Vorjahresquartal weniger als die durchschnittliche Ausgabenobergrenze je Arzt der Arztgruppe abgerechnet haben sowie für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte gelten die entsprechenden Werte eines durchschnittlich abrechnenden Arztes.
- 1.5. Für die Berechnung der Grenzwerte gem. 1.1 bis 1.4 werden Ärzte, die nicht in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit berücksichtigt.
- 1.6. Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die KVN, die vorab durch die Steuerungskommission entschieden wird, kann eine individuelle Ausnahmeregelung bezüglich der Begrenzungsregelung erfolgen. Die diesbezüglichen Ausnahmetatbestände orientieren sich an den unter Teil B, Ziffer 12 des HVM der KVN genannten Fallkonstellationen.
- 1.7. In Praxen mit mehreren Ärzten einer Arztgruppe nach § 1 werden arztgruppenbezogene Ausgabenobergrenzen gebildet, gegen die die Leistungsanforderung der Ärzte der Arztgruppe in der Praxis läuft.

2. Für den folgenden Zeitraum gilt eine Übergangsregelung zur Berechnung der Ausgabenobergrenzen gemäß § 5 Abs. 1.1 und 1.2.:

Die Ausgabenobergrenzen der Arztgruppe nach Abs. 1.1 sowie die arztindividuellen Ausgabenobergrenzen nach Abs. 1.2 werden für die Quartale 3/2020 bis einschließlich 1/2021 um 30% reduziert. Für die Fachgruppe der Urologen gilt stattdessen eine Reduzierung um 10%. Die Ausgabenobergrenze für das Quartal 2/2021 (Bezugsquartal 2/2020) wird um weitere 17,6% bzw. 5,2% für die Urologen reduziert.

3. Die KVN liefert jährlich die Berechnung zu den Begrenzungsregelungen an die Landesverbände. Diese beinhalten u.a. die quartalsweise und praxisbezogenen Begrenzungsregelungen.
4. Die KVN stellt die kassenartenübergreifende leistungsbezogene Fallzahlstatistik des Abrechnungsquartals der GKV am Ende des Folgequartals zur Verfügung.

## **§ 6**

### **Abrechnung**

1. Die KM-Pauschalen nach dieser Vereinbarung werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Krankenkassen gezahlt.
2. Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVN, der Zahlungstermine und der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen der Gesamtverträge zwischen den Vertragspartnern. Die KVN ist berechtigt die satzungsgemäßen Verwaltungskosten aus den Pauschalen gem. § 3 einzubehalten.
3. Die KM-Pauschalen werden nur über das Formblatt 3 abgerechnet. Die Ausweisung erfolgt über Formblatt 3, 6. Ebene, Konto 436, Budgetkennung, Vertragsart, Kapitel, Abschnitt. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.
4. Die Verordnung von Kontrastmitteln auf Muster 16 sowie die Abrechnung von Kontrastmitteln als Sachkosten undefiniert mit Beleg sind nicht möglich und können somit regressiert werden. Eine nachträgliche Abrechnung als Pauschale kann nicht erfolgen.



5. Die KVN liefert vor Beginn jedes Quartals die BSNR der Arztpraxen, die dieser Vereinbarung unterliegen, an die Landesverbände um Doppelabrechnungen zu vermeiden.
6. Die KVN übermittelt den Landesverbänden quartalsweise eine Abrechnungsstatistik mit Frequenzen und Gesamtkosten differenziert nach Abrechnungsnummern sowie deren Entwicklung im Verhältnis zum vorangegangenen Kalenderjahr.

## **§7**

### **Steuerungskommission**

1. Die Vereinbarungspartner bilden eine Steuerungskommission, die nach dieser Vereinbarung zugewiesene Aufgaben wahrnimmt.
2. Sie überwacht die Umsetzung und inhaltliche Ausgestaltung der Vereinbarung. Darüber hinaus berät sie die Vereinbarungspartner zu Einzelfragen dieser Vereinbarung und gibt Stellungnahmen ab.
3. Sie setzt sich zusammen aus Vertretern der Landesverbände und Vertretern der KVN. Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Vertreter der Landesverbände und zwei Vertreter der KVN anwesend sind. Beschlüsse werden einstimmig gefasst.
4. Die Kosten für die Entsendung der Teilnehmer an Sitzungen der Steuerungskommission trägt die jeweils entsendende Stelle.
5. Die Steuerungskommission tagt bei Bedarf.

## **§ 8**

### **Anpassungsklausel**

1. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Strukturen im Bereich Radiologie/Urologie/Nuklearmedizin und Preise für Röntgenkontrastmittel keine relevanten Veränderungen erfahren. Sofern jedoch Veränderungen eintreten, die eine Fortsetzung der Vereinbarung für eine Vertragspartei unzumutbar macht, kann die betroffene Vertragspartei eine Neuverhandlung und Vertragsanpassung verlangen.

Scheitern diese Verhandlungen, kann die Vereinbarung mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Quartals gekündigt werden.

2. Um Veränderungen der Preise für Kontrastmittel zu bewerten, stimmen die Vertragspartner im Rahmen der Steuerungskommission einmal jährlich den Bedarf und ggf. den Umfang einer stichprobenartigen Übermittlung von Einkaufsrechnungen ab.

## **§ 9**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn der Vereinbarung entsprechende Bestimmung zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass die vorstehende Vereinbarung Lücken aufweist, die der Ergänzung bedürfen.

## **§ 10**

### **Laufzeit und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.07.2020 in Kraft und ersetzt die bisherige zwischen den Vertragspartnern mit Wirkung zum 01.04.2020 geschlossene Vereinbarung. Vorbehaltlich der Regelung in § 8 kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.03.2023.

---

Hannover, den

---

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

---

AOK – Die Gesundheitskasse für  
Niedersachsen

---

BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Niedersachsen und  
Sachsen-Anhalt

---

IKK classic  
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines  
Landesverbandes nach § 207 Abs. 4 SGB V)

---

SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

---

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord  
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines  
Landesverbandes nach § 207 Abs. 4 SGB V)

---

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