

Erster Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

der **AOK Rheinland/Hamburg** - Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf

dem **BKK Landesverband Nordwest**, Essen

der **Vereinigten IKK**, Düsseldorf

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen**,
Münster

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den Ersatzkassen

der **Barmer GEK**

der **Techniker Krankenkasse (TK)**

der **Deutschen Angestellten Krankenkasse (Ersatzkasse)**

der **KKH – Allianz (Ersatzkasse)**

der **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

der **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den
Leiter der vdek - Landesvertretung NRW

- andererseits -

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2011 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V. Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008, in der jeweils gültigen Fassung, jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (insgesamt im Folgenden Beschluss genannt), sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt.

Dieser Vertrag beinhaltet die selbständigen Teile A und B. Teil A regelt die Vergütung zwischen den Vertragspartnern (Honorarvertrag). Im Teil B finden sich die Regelungen zur Honorarverteilung gegenüber den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (HVV). Insofern bestehen – wie in der Vergangenheit – getrennte Regelungskreise.

Präambel

Die Parteien dieser Vereinbarung haben sich darüber verständigt, den Teil B aufgrund der Weiterentwicklung der Beschlüsse des Bewertungs- bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie erforderlicher Klarstellungen zu ändern bzw. zu ergänzen. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

Teil B

I. In § 5 Abs. 1) HVV, letzter Unterabsatz wird das Wort „Falles“ durch „Falle“ ersetzt.

II. In § 5 Abs. 3a)

1. erhält der erste Unterabsatz HVV folgende Fassung:

„Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Praxen mit angestellten Ärzten wird das praxisbezogene RLV

- bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10% erhöht,
- bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10% erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird,
- in fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung der Praxis um Anpassungsfaktoren erhöht.

Die Ermittlung des Kooperationsgrades bzw. der Anpassungsfaktoren erfolgt hierbei nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Ziffer 1.3.1. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.“

2. wird der zweite Unterabsatz wie folgt ergänzt:
„Die Anwendung der o.g. Zuschläge erfolgt nicht auf die QZV.“

III. § 5 Abs. 4) Satz 1 HVV erhält folgende Fassung:

„Ist anzunehmen, dass bei einer Praxisverlegung im Wesentlichen nicht mehr die gleichen Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann von einer Neuzulassung ohne Praxisvorgänger im Sinne von § 6 Abs. 2) ausgegangen werden.“

IV. In § 6 Abs. 2) HVV werden die Sätze 1 und 2, der Satz 3 bis einschließlich des Doppelpunktes sowie die eckige Klammer hinter dem Satz 6 ersatzlos gestrichen.

- V.** In § 6 Abs. 4a) HVV
1. erhält Satz 2 folgende Fassung: „Die Veränderung muss ihren Grund in der Umstellung der mengensteuernden Vergütungssystematik auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben.“
 2. werden die Sätze 3 und 6 ersatzlos gestrichen.
 3. wird zwischen Satz 7 und Satz 8 folgender Satz eingefügt: „Etwaige Honorarkürzungen gemäß § 95d SGB V erfolgen arztbezogen auf das Honorar, welches sich nach Gewährung der Ausgleichszahlung ergibt.“
- VI.** In § 7 Abs. 2c) HVV
1. werden die Buchstaben „v)“ durch die Buchstaben „w)“ und der Buchstabe „t)“ durch den Buchstaben „u)“ ersetzt.
 2. wird nach dem Satz 4 folgender Satz eingefügt: „Wird eines der für die Leistungsbereiche nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2s) gebildeten Kontingente trotz Maximalvergütung nicht ausgeschöpft, erhöht der Unterschreitungsbeitrag das Vergütungsvolumen des jeweils anderen Kontingents nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2s).“
- VII.** § 7 Abs. 2d) HVV wird wie folgt neu gefasst: „Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. außerhalb von Kapitel 11 EBM und den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.“
- VIII.** In § 7 Abs. 2e) HVV wird das Wort „im“ ersatzlos gestrichen.
- IX.** In § 9 Abs. 4b) HVV wird der 2. Spiegelpunkt ersatzlos gestrichen.
- X.** § 10 Satz 2) HVV wird vor dem letzten Wort ergänzt um die Formulierung „nach Maßgabe von Anlage B1“.
- XI.** § 11 HVV
1. wird in Abs. 1) am Ende des Satzes ergänzt um die Formulierung: „nach Maßgabe von Anlage B1“.
 2. wird in Abs. 2) am Ende des ersten Halbsatzes ergänzt um die Formulierung: „nach Maßgabe von Anlage B1“.
 3. Abs. 4) Satz 1 erhält folgende Fassung: „Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes nach Maßgabe von Anlage B1 die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht.“
 4. wird Satz 1 des Abs. 5) wie folgt gefasst: „Als Wegegeld wird nach Maßgabe von Anlage B1 je Doppelkilometer gezahlt.“ und die Formulierung „oder 05230“ wird gestrichen.
- XII.** In § 15 HVV wird das Inkrafttreten zum „01.07.2011“ vereinbart und Satz 4 wird ersatzlos gestrichen.
- XIII.** In der Anlage B1 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:
1. Die Anlage B1 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.07.2011“.
 2. Im Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V wird „BKK,“ ersatzlos gestrichen.
 3. Der Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V wird ergänzt um „BKK Herkules“.
 4. Der Klammerzusatz des in Abs. 1) genannten Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie wird ergänzt um „Barmer GEK, BKK“
 5. In Abs. 2b) werden im letzten Spiegelpunkt betreffend der Durchführung von Vakuumstanzbiopsien die Nrn. „40854, 40855“ ersatzlos gestrichen.
 6. In Abs. 2d) wird das Wort „Diarmorphingestützten“ ersetzt durch das Wort „diamorphingestützten“.
 7. Der Abs. 3) erhält folgende Fassung:
3) „Vergütung“
Für die arztseitige Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird der regional vereinbarte Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. werden die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen, es sei denn, dass das sich bei Bewertung der jeweiligen Leistungsmenge mit diesen Punktwerten bzw. Euro-Beträgen ergebende Euro-Volumen die jeweils quartalsweise gebildete eigenständige Vergütungsobergrenze – soweit sie nach Abs. 2) gebildet worden ist – überschreitet. In diesem Fall wird die betreffende Leistungsmenge multipliziert mit dem sich für den jeweiligen Leistungsbereich rechnerisch ergebenden Punktwert bzw. Euro-Betrag vergütet.
Dieser Punktwert bzw. Euro-Betrag errechnet sich durch Division der betreffenden nach Abs. 2) gebildeten Vergütungsobergrenze durch
 - bei ausschließlich in Punkten bewerteten Leistungsbereichen den entsprechenden Leistungsbedarf
 - bei ausschließlich mit Euro-Beträgen bewerteten Leistungsbereichen – soweit im Nachfolgenden nichts Abweichendes bestimmt wird – die Abrechnungshäufigkeit des aktuellen Abrechnungsquartals.Bei Leistungsbereichen, die sowohl in Punkten als auch mit Euro-Beträgen bewertet werden, wird die jeweilige Vergütungsobergrenze durch die Summe des in Punktzahlen ermittelten Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals bewertet mit dem regional vereinbarten Punktwert und der mit Euro-Beträgen bewerteten Leistungen des aktuellen Abrechnungsquartals dividiert. Mit dem sich so ergebenden Faktor – maximal mit dem Faktor 1 – werden sowohl der regional vereinbarte Punktwert als auch die Euro-Beträge multipliziert. Diese Regelung

gilt entsprechend für ausschließlich in Euro-Beträgen bewertete Leistungsbereiche, sofern zu einem solchen Bereich mehrere Leistungen gehören, für die je nach Leistung unterschiedlich hohe Euro-Beträge als Vergütung und/oder Erstattungen von Kosten vereinbart oder im EBM festgelegt wurden. In diesen Fällen wird zur Ermittlung des für den betreffenden Leistungsbereich anzuwendenden Faktors die maßgebende Vergütungsobergrenze durch die in dem aktuellen Abrechnungsquartal für den entsprechenden Leistungsbereich von den Leistungserbringern insgesamt abgerechneten Euro-Beträge dividiert.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt damit nicht mit einem Punktwert oberhalb des regional vereinbarten Punktwertes in Höhe von 3,5048 Cent und vereinbarter Strukturzuschläge bzw. des jeweils regional vereinbarten Euro-Betrages.“

XIV. Die Anlage B2 zum HVV wird wie folgt geändert:

1. Die Anlage B2 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.07.2011“.
2. Die Auflistung der Arztgruppen wird ergänzt um „Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin“.

XV. In der Anlage B3 zum HVV werden nachfolgende Änderungen vorgenommen:

1. Die Anlage B3 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.07.2011“.
2. In der Textpassage nach Schritt 2 Abs. 1k) wird das Wort „und“ am Anfang des letzten Halbsatzes gestrichen.

3. Schritt 2 Abs. 2) erhält folgende Fassung:

2) „im fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- a) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) die gemäß Beschlussteil G gebildeten Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.2 und Anlage 4, Anhang 1,
- c) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,

- d) 2% zzgl. des 2%igen Abzuges gemäß § 8 Abs. 3) Satz 2 für alle abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen sowie für Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage B4 aufgeführt sind, auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2010,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
- i) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin,
- j) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- l) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- m) das Vergütungsvolumen für die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
- n) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- o) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den Nrn. 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- p) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B1) erbracht wurden,
- q) das Vergütungsvolumen für Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,

- r) das Vergütungsvolumen für MRT-Leistungen der Fachärzte für Neurologie nach den GOP 34410 bis 34460 EBM,
- s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 11 und nach den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM, wobei das Volumen differenziert wird nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 01837, 08570 bis 08572 EBM einerseits und den übrigen Leistungen des Kapitels 11 EBM andererseits,
- t) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 19 EBM,
- u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- w) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen)
- mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 die unter g) bis w) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet, abgesenkt um 10%, als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,
- x) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2010,
- y) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5 vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- z) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 9 HVV)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreo-retinale Chirurgie).“

4. Schritt 3 Abs. 2) erhält folgende Fassung:

2) „Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,
- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen und für die praxisklinische Betreuung und Beobachtung gebildet auf Basis des jeweiligen Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2010, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26.03.2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u.a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten grundsätzlich auf das RLV und nicht auf die QZV berechnet werden, wird vereinbart, dieses arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im jeweiligen Vorvorjahresquartal als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin ermittelt sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartal bewertet mit dem Punktwert von 3,5048 Cent und abgesenkt um 10%.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, behalten sich die Vertragspartner vor, im Falle weiterer erheblich nachteiliger Auswirkungen Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um überproportionale, die Kalkulationsicherheit gefährdende Honorarauswirkungen im Einzelfall, auf der Ebene der Arztgruppe oder in einzelnen Leistungsbereichen zu verhindern oder abzuschwächen.“

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird sodann gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 jeweils auf die Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt.

Den RLV-Verteilungsvolumen der Fachärzte für Frauenheilkunde wird im Rahmen der Konvergenzphase zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Differenz zugesetzt, die sich aus der Betrachtung der Anteile an den RLV - Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn die vg. Leistungen auf Basis des Vorjahresquartal mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt werden.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40%-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach 4.1 Nr. 4 EBM auf Basis des Vorjahresquartals, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM sowie beim QZV Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und, beim QZV für Leistungen der Akupunktur abgesenkt um 10%, bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt.“

5. In Schritt 5 Abs. 1) werden die Sätze 2 bis 4 ersatzlos gestrichen.
6. In Schritt 5 Abs. 2) werden die Sätze 3 und 4 ersatzlos gestrichen.
7. In Schritt 6 Abs. 1) wird der vierte Unterabsatz am Ende wie folgt ergänzt: „Die Fälle dieser angestellten Ärzte werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der

RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet. Gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.“

8. Schritt 6 Abs. 2) zweiter Unterabsatz erhält folgende Fassung: „Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Für die Arztgruppen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird wegen der Feststellung der Vertragspartner zu überproportional nachteiligen Auswirkungen ebenso wie bei den QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM und den QZV für neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Hierbei werden die Leistungsfälle des angestellten Arztes i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V denen des anstellenden Arztes zugerechnet; gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.“

XVI. Die Anlage B4 zum HVV wird wie folgt geändert:

1. Die Anlage B4 wird in Kraft gesetzt mit Wirkung ab dem „01.07.2011“.
2. Die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin erhalten zusätzlich die zwei QZV „Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)“ sowie „Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)“.
3. Die Fachärzte für Nuklearmedizin erhalten die neun neuen QZV „GOP 17362“, „GOP 17363“, „GOP 17320“, „GOP 17310, 17311, 17312, 17360“, „GOP 17371, 17372, 17373“, „GOP 17330, 17332“, „GOP 17331, 17333“, „GOP 33011, 33012“ und „GOP 34410 bis 34452, 34492“.
4. Die Fachärzte für Diagnostische Radiologie erhalten das weitere QZV „GOP 34492“.
5. Die Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin erhalten die drei neuen QZV „Akupunktur“, „Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren“ und „Chirotherapie“.

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 20.04.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

BKK Landesverband Nordwest
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse
NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

Vereinigte IKK
gez. Andreas Woggon
Landesbereichsleiter
Vertragspolitik Nordrhein

Verband der Ersatzkassen e. V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung NRW

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

- a) Übermittlung auf Datenträger (vgl. Kap.2.1)
- b) leitungsgebundene elektronische Übermittlung (vgl. Kap. 2.2.1)

1.3 Teilabrechnungen

Unter Beachtung der jeweils aktuell gültigen Vorgaben der KBV (KVDT-Satzbeschreibung, KVDT-Anforderungskatalog) nimmt die KV Nordrhein Teilabrechnungen desselben Quartals zu derselben Praxis/Einrichtung an und führt sie zusammen². Hierbei können die Praxen / Einrichtungen die Teilabrechnungen auf separaten Datenträgern gemäß Kap. 2.1 einreichen oder leitungsgebunden gemäß den Vorgaben laut Kap. 2.2.1 übermitteln. (Ein gemischtes/hybrides Verfahren ist auch möglich, d.h. eine Teilabrechnung auf Datenträger, die andere Teilabrechnung leitungsgebunden per elektronischer Datenübermittlung.)

Kennzeichnen von Teilabrechnungen

Praxen/Einrichtungen, die Teilabrechnungen übermitteln, sollten über die eingesetzte Abrechnungssoftware dafür Sorge tragen, dass die Abrechnung nach Vorgabe der KBV³ bezüglich der Teilabrechnungen gekennzeichnet wird. Ist eine Kennzeichnung aus technischen/organisatorischen Gründen nicht möglich, muss die Praxis die KV Nordrhein-Bezirksstelle in geeigneter Weise über die Anzahl der zu erwartenden Teilabrechnungen im Abrechnungsquartal informieren.

1.4 Regelmäßige Softwareaktualisierung

Die Praxis/Einrichtung muss dafür Sorge tragen, dass die zur Abrechnung verwendete Software über die vom Softwarehersteller zur Verfügung gestellten Updates rechtzeitig zum Quartalsbeginn aktualisiert wird.⁴ Die KV Nordrhein empfiehlt, entsprechende Vereinbarungen mit dem Softwarehersteller und/oder dem Servicepartner des Softwareherstellers zu treffen, die die Verwendung von notwendigen Softwareaktualisierungen sicherstellen.

1.5 Mehrere Überweisungsscheine für denselben Patienten

- a) Erhält eine Praxis/Einrichtung für denselben Patienten, denselben Kostenträger und für dasselbe Behandlungsquartal mehrere Überweisungsscheine von unterschiedlichen Überweisungsschein-Ausstellern, so ist für jeden Überweisungsschein ein eigener Abrechnungsdatensatz anzulegen.
- b) Mehrere Überweisungsscheine desselben Überweisungsschein-Ausstellers für denselben Patienten, denselben Kostenträger und für dasselbe Behandlungsquartal sind in einem Abrechnungsdatensatz zusammenzufassen.

1.6 Übernahme von Abrechnungsinformationen in die Quartalsabrechnung

Alle Abrechnungsinformationen eines papierernen Abrechnungsscheines (z.B. Überweisungsschein) müssen umfassend und unverändert in das Abrechnungssystem für die Quartalsabrechnung übernommen werden.⁵ Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn die in das Abrechnungssystem zu übertragende Information gegen Vorgaben der KBV verstößt.

IT-gestützte Quartalsabrechnung

Richtlinie

Gültig ab: 01.07.2011

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Düsseldorf, 2011

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1. Einsatz eines zertifizierten Abrechnungssystems

Notwendige Voraussetzung für den Einsatz eines Abrechnungssystems zum Zwecke der IT-gestützten vertragsärztlichen Quartalsabrechnung ist die Verwendung einer hierfür von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gültigen zertifizierten Software¹.

- a) Für die IT-gestützte Abrechnung ist die Anzeige (Meldebogen) gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) erforderlich. Ein Genehmigungsschreiben seitens der KV Nordrhein entfällt. Ist die auf dem Meldebogen genannte Software nicht in der jeweils aktuell gültigen Zertifizierungsliste der KBV (www.kbv.de) enthalten, wird die Praxis/Einrichtung von der zuständigen Bezirksstelle informiert.
- b) Die Praxis/Einrichtung muss - ggf. im Zusammenwirken mit dem Softwarehersteller - dafür Sorge tragen, dass die jeweils aktuell gültige KBV-Prüfnummer des verwendeten Praxisverwaltungssystems mit den Abrechnungsdaten übermittelt wird. Bei Wechsel der Software ist eine erneute Anzeige nicht erforderlich.
- c) Für den Fall, dass eine nicht gültige Abrechnungssoftware zum Einsatz gelangt, ist die KV Nordrhein berechtigt, die Weiterverarbeitung der Abrechnung zu verweigern.

1.2 Art der Übermittlung der Abrechnung

Auf Grundlage von § 295 SGB V kann die IT-gestützte Quartalsabrechnung einer vertragsärztlichen Praxis/Einrichtung alternativ mit zwei unterschiedlichen Verfahren der Datenübermittlung der KV Nordrhein-Bezirksstelle übermittelt werden: