

Vertrag

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, und der Ergänzungen/Änderungen hierzu durch die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01., 27.02., 17.03., 20.04., 02.09., 22.09., 02.11., 01.12., 08./09.12., 16.12., 21.12.2009, 26.03., 01.07., 24.09., 05./11.10., 24.11., 22.12.2010 und 25.01.2011 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. Dazu erhält Teil B nunmehr folgende Fassung.

Teil B

Soweit sich die nachfolgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für deren Gemeinschaften, Psychotherapeuten, Angestellte und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1

Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nrn. 2 und 2a. Die Leistungen müssen nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen, insbesondere im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) inklusive seiner Anlagen, Einheitlichen Bewertungsmaßstab/Euro-Gebührenordnung (EBM) sowie der Richtlinien erbracht worden sein.

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder auf Grund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstel-

lung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,

- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen GO-Nummer des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Abrechnung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten, der abrechnungsbegründenden Daten, einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren, sowie der zu übermittelnden Statistikdaten grundsätzlich auf maschinenlesbaren elektronischen Medien zu erfolgen. Mehrere elektronische Abrechnungsscheine während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse sind als ein Behandlungsfall für die Abrechnung zusammen zu heften bzw. zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.

Für die Abrechnung mittels IT ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNo) in der

jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt.

b) Persönliche Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist persönlich – ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, soweit nicht ausdrücklich gesetzlich oder vertraglich vorgesehen – vorzunehmen. Die aufgrund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.

3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

4) Gesamtaufstellung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Gesamtaufstellung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Gesamtaufstellung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters erforderlich. Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen Betriebs-/ Nebenbetriebsstättennummer für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit entsprechender qualifizierter Signatur abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb der in Kap. 3 der IT-Rtl. KV Nordrhein genannten Abgabetermine einzureichen.

Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach Ablauf dieser erhält, können in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1 EKV mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal teil. Bei verspäteter Einreichung von Abrechnungsunterlagen finden die Regelungen nach Abs. 5b) Anwendung. Eine nachträgliche

Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, auch in elektronischer Form, kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen. Ausnahmsweise kann unter der Voraussetzung, dass die nachträgliche Korrektur nicht als geringfügig erscheint, eine Nachbearbeitung nur mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden.

Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

Bei verspäteter Abrechnung gilt – außer bei Geringfügigkeit (z. B. Einreichung vor Bearbeitung der Arztgruppe, Einreichung von in der Regel bis zu 50 Fällen usw.) – Folgendes:

- (1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
- (2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10%, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

Von den vg. Maßnahmen kann auf Antrag ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn der Arzt nachweist, dass er die Einreichungsfrist ohne sein Verschulden versäumt hat. Die Regelung unter (2) wird auch zu Grunde gelegt, wenn zwei oder mehr Abrechnungen wegen eines Statuswechsels/Änderung der Kooperationsform während eines Quartals durchgeführt werden müssen und der Statuswechsel/die Änderung der Kooperationsform während des Quartals auf Gründen erfolgt, die die Praxis zu vertreten hat.

6) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung.

Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die

erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummer zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle Betriebs-/Nebenbetriebsstättennummern für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Abrechnung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Betriebsstättennummer abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen Betriebsstättennummer abzurechnen.

b) MKG-Chirurgen

Sämtliche Leistungen von MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, sind ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen, wenn die Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt erfolgt, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.

c) Aufwandserstattungen

Für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes oder in einem OP-Zentrum kann für den ersten Patienten die Nr. 05230 EBM sowie für jeden weiteren Kranken am selben Tag die Nr. 05230E abgerechnet werden.

d) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfallleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfallleistungen abgerechnet werden.

Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfallleistungen eines Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tage erfolgt.

(2) Ebenfalls nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i. V. m. §§ 31a, 31 Abs. 1b, 31 Abs. 2 Ärzte-ZV ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115a SGB V.

- (3) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem ermächtigten Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überprüfen durch automatisierte Verfahren oder repräsentative Stichproben die Abrechnungsunterlagen des Arztes u.a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des EBM und/oder Bestimmungen des Regelwerks außer acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter EUR 200 liegt.

§ 3

Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes bestimmt haben. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent nach dem Beschluss Teil A multipliziert werden. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese nach Teil A dieses Vertrages oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt. Da regionale Anpassungen nach dem Beschluss nicht bestehen und die Vertragspartner den regionalen Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 Satz 1 SGB V in der Höhe des Orientierungswertes vereinbaren, gilt als regionale Gebührenordnung die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung

Die Verteilung der zwischen den Vertragspartnern auf der Grundlage des Beschlusses vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird dabei entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen,

erbracht werden. Dabei kann die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Kontingentierung zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

3) Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung

Für die in der Anlage B1 aufgeführten Leistungen erfolgt die arztseitige Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Dazu werden der regional vereinbarte Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. werden die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen, soweit sie nicht einer Steuerung durch Ausgabenbegrenzung unterzogen sind. Dabei kann die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Ausgabenbegrenzung zu einer geringeren Vergütung führen. Die Anlage B1 ist in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 4

Rückstellungen

Rückstellungen nach dem Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in voraussichtlich ausreichender Höhe aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die Krankenkassen je Quartal über die Höhe und die Verwendung der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

§ 5

Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt § 87b SGB V für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV vor. Nach der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses gelten zusätzlich QZV. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus dem Beschluss Teil F.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage B2 benannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt sein RLV/QZV die Hälfte des arztgruppenspezifischen RLV/QZV. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV/QZV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird. Für die arztbezogene Ermittlung und Festsetzung eines QZV muss der einzelne Arzt ferner die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Im Falle des Abschlusses von Verträgen nach den §§ 63 ff., 73b, 73c und 140 ff. SGB V erfolgt die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen RLV/QZV u.a. nach den auf Bundesebene und/oder Landesebene hierzu vereinbarten Regelungen.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage B3, die in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, verwiesen.

Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage B4, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, aufgeführt.

3) Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Zuweisung RLV und QZV

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen.

Die Höhe des zutreffenden RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% berechnet. Die Höhe des zutreffenden RLV für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen/Schwerpunkte wird berechnet unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 5% je Arztgruppe/Schwerpunkt für max. sechs Arztgruppen/Schwerpunkte, für jede weitere um 2,5%, jedoch insgesamt höchstens um 40%. Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Die Zuweisung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen. Ärzte erhalten ein QZV, sofern sie bereits eine der entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet haben. Ist eine Leistung im Vorjahresquartal nicht erbracht worden bzw. wurde von einer Genehmigung kein Gebrauch gemacht, erfolgt grundsätzlich keine Zuweisung eines entsprechenden QZV. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Zuweisung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinderungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im Vorjahresquartal – ausschließlich in diesem einen Quartal – nachweisbar entgegen gestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden.

Die Zuweisung an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV.

b) Verrechnung

Die Höhe des RLV sowie des QZV einer Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der RLV/QZV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

4) Praxisverlegung

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 Abs. 2 ausgegangen werden mit der Folge, dass der arztgruppenspezifische Durchschnitt angesetzt werden kann. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 10 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 20 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.

5) Information der Vertragspartner

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein informiert die nordrheinischen Krankenkassen/-verbände quartalsweise per CD-Rom über die Zuweisung der RLV/QZV an den Arzt oder die Arztpraxis.

§ 6

Ausnahmeregelungen

1) Zuschläge auf das RLV

Auf Antrag des Arztes/der Praxis und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein können Leistungen als Zuschläge zum arzt-/praxisbezogenen RLV vergütet werden.

- a) Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis

- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hier zählt z.B. Krankheit des Arztes

können ggf. Zuschläge auf das RLV durch Erhöhung der Fallzahl auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals bewilligt werden. Entsprechendes gilt auch für den Fall, dass ein Arzt aus einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum ausscheidet.

Dabei liegt eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten in der Regel vor, wenn die Steigerung 10% der Fallzahl des Vorjahresquartals, und/oder mindestens 80 Fälle beträgt.

Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie länger als eine Woche dauern und gemäß § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mitgeteilt sind und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist. Bei Anlass zu Zweifeln an angegebenen Zeiten von Vertretung und der Anzahl zusätzlicher Vertreterfälle erfolgt eine Prüfung von Amts wegen.

Aufgabe einer Zulassung im o.g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.

Bei Gewährung eines Zuschlages zum RLV werden die entsprechenden Fälle mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert berücksichtigt.

- In begründeten Fällen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag oder von Amts wegen aus Sicherstellungsgründen Zuschläge auf das RLV bewilligen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Dies gilt insbesondere, wenn durch eine Zweigpraxis nicht nur die Versorgungslage verbessert wird, sondern die Zweigpraxis der Sicherstellung dient, weil in ihr Leistungen angeboten werden, die ansonsten in zumutbarer Entfernung (allgemeinärztlich 10 km, fachärztlich 20 km) nicht erbracht werden.
- Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes bei der Anwendung der Fallzahlabstufung beim RLV abgewichen werden.
- Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM kann das RLV entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.
- Ergibt sich aus der Umsetzung dieses Vertrages die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu beschließen.

2) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die erstmalig zugelassen sind, wird jeweils für die Dauer der ersten 12 Niederlassungsquartale mindestens das arztgruppenspezifische RLV für das jeweilige Quartal

zugewiesen oder die Werte eines Praxisvorgängers – grundsätzlich ohne Fallwertzuschläge – im Vorjahresquartal, sofern diese höher sind. Haben neue Ärzte, die bei der Zuweisung des RLV zugrunde gelegten Fallzahlen im aktuellen Abrechnungsquartal überschritten, werden diese bei der Abrechnung anerkannt.

[Beginnend ab dem 3. Quartal 2011 gilt anstelle der vorstehenden zwei Sätze Folgendes:

Ärzten, die erstmalig zugelassen sind, wird das RLV nachträglich berechnet und bei der Abrechnung zugrunde gelegt. Hierbei werden die aktuellen Fallzahlen mit dem entsprechenden Fallwert der Arztgruppe – unter Berücksichtigung der allgemeinen Berechnungsvorschriften – multipliziert.

Für Ärzte, die weniger als 13 Quartale und im Vorjahresquartal niedergelassen waren, finden zunächst die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal bei der RLV Zuweisung Berücksichtigung. Ist die aktuelle Fallzahl höher als diese, wird das RLV auf Basis der aktuellen Fallzahlen nachträglich berechnet und bei der Abrechnung zugrunde gelegt.]

Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen bei der Abrechnung anerkannt. Die Anstellung – mit Ausnahme der Anstellung i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V – steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.

Bei Umwandlung der Kooperationsform sowie Bildung und Trennung von Berufsausübungsgemeinschaften gelten die Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen fort. Auf Antrag können die Werte arztbezogen (LANR oder Anteil) berücksichtigt werden; dabei hat die Antragstellung Wirkung für alle (ggf. ehemaligen) Ärzte der Praxis, wenn einer der zugelassenen Ärzte den Antrag persönlich unterschrieben hat. Die Regelung findet auf die Zuweisung von QZV entsprechende Anwendung.

3) Praxisbesonderheiten

Auf Antrag des Arztes/der Praxis und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein können Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe bzw. auf das RLV gewährt werden, wenn Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, zu einer Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% oder bei einzelnen Leistungen zu einer Überschreitung von regelmäßig 200% des Fachgruppenschnitts geführt haben. Bei der Bemessung der Zuschläge ist die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwertes einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis bzw. bei anderen Leistungen möglich. Die Vertragspartner vereinbaren, dass der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein beurteilt, ob eine Praxisbesonderheit in diesem Sinne vorliegt und welche Überschreitungen daraus resultieren. Er hat dabei einen Beurteilungsspielraum und entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, in welcher Weise der Zuschlag gewährt wird. Das Ergebnis der Beurteilung wird durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein festgestellt.

4) Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

a) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 10% gegenüber dem entsprechenden Quartal 2008, werden zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis geleistet. Die Veränderung muss ihren Grund ausschließlich in der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben. Ein Verlust, der sich aus der Mengenbegrenzung nach § 87d SGB V (Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) ergibt, ist hierdurch nicht auszugleichen. Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der einzelnen Arztpraxen setzt im einzelnen voraus, dass

- der GKV-Gesamtumsatz ohne Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM und ohne Sachkosten für Blutreinigungsverfahren (Dialyse/Apherese) im Abrechnungsquartal um mehr als 10% unter dem Gesamtumsatz des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 liegt und
- der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis (Gesamtumsatz geteilt durch gesamte Fallzahl) im Abrechnungsquartal um mehr als 10% unter dem entsprechenden Fallwert des entsprechenden Quartals 2008 liegt.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis im entsprechenden Quartal 2008 abgesenkt um 10% und mit der niedrigeren Gesamtfallzahl der Praxis der beiden betrachteten Quartale multipliziert. Ggf. sind die vorstehend bezeichneten Werte um die Auswirkungen durch die Mengenbegrenzung nach § 87d SGB V zu bereinigen. Die sich ergebende Differenz zum GKV-Gesamtumsatz im Abrechnungsquartal wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall an die einzelne Arztpraxis ausgezahlt.

Die vorstehenden Regelungen gelten nicht für die Leistungserbringer nach § 8 Abs. 1 und nicht für die Arztgruppen, für die kein RLV ermittelt und festgesetzt wird.

b) Die Möglichkeit der Antragstellung über den praxisindividuellen Ausgleich eines weiteren Honorarverlustes bleibt unbenommen. Insoweit vereinbaren die Vertragspartner, dass der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag beurteilt, ob die Voraussetzungen der Regelung vorliegen. Er hat dabei einen Beurteilungsspielraum. Der Vorstand entscheidet nach pflichtgemäßen Ermessen, ob und ggf. in welcher Höhe und für welchen Zeitraum weitere Ausgleichszahlungen gewährt werden.

§ 7

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Dem einer Arztpraxis zugewiesenen RLV sowie ggf. zugewiesenen QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber, die mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent vergütet wird.

Die das RLV und die ggf. zugewiesenen QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage B3 Schritt 2 Abs. 1d) bzw. Abs. 2d) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 3,0 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

2) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen

a) Die Vergütung für die in Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt aufgeführten Leistungen erfolgt nach Maßgabe des § 8 Abs. 3. Die in Anlage B3 Schritt 1, dritter und vierter Punkt aufgeführten Bereiche werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt.

b) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach Anlage B3 Schritt 2, Abs. 1e) und Abs. 2e) erfolgt nach § 8 Abs. 3, es sei denn die Leistungen sind in Anlage B4 aufgeführt.

c) Die Vergütung der in Anlage B3 Schritt 2, Abs. 1g) bis k) und Abs. 2g) bis v) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge die jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente – soweit sie gebildet worden sind – überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.

Dabei erfolgt die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen in Abs. 1k) und Abs. 2t) abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.

Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Ver-

sorgungsbereich gemäß Abs. 2v) gebildeten eigenständigen Kontingent.

- d) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. Kapitel 11 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der im übrigen in Anlage B3 Schritt 2 aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung bzw. den regionalen Vereinbarungen.
- f) Die Vergütung der gemäß Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5048 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage B3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.

§ 8

Psychotherapeutische Leistungen

1) Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 4 je Abrechnungsquartal zugewiesen. Nach § 5 Abs. 6 Nr. 1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowohl Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, als auch Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90% überschreiten.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden quartalsweise gebildet unter Zugrundelegung der Prüfzeiten Anhang 3 zum EBM als Summe aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in Höhe von 27.090 Minuten und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM gebildet nach dem Durchschnitt der abgerechneten Zuwendungszeit je Leistungserbringer im entsprechenden Quartal des Jahres 2010.

Hierbei ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt seine zeitbezogene Kapazitätsgrenze die Hälfte der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Angestellte Ärzte erhalten eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Die Zuweisung an den Leistungserbringer oder die Praxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Die Zuweisung kann als Allgemeinverfügung (§ 31 Satz 2 SGB X) durch amtliche Bekanntmachung (§ 37 Abs. 3 SGB X, § 16 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) erfolgen.

2) Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für psychotherapeutische Leistungen

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung u.a. zur Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen wird gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6 vom 02.09.2009 ermittelt, wobei das Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten um 0,1722% aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Ziffer 3.3 enthalten ist.

3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt die Vergütung aus dem Vergütungsvolumen nach Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt, von dem 2% für die Vergütung abgestaffelter Leistungen in Abzug gebracht werden. Die Vergütung für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen erfolgt aus dem Verteilungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2e). Die Vergütung 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, erfolgt je nach Zugehörigkeit des Leistungserbringers zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich aus dem Verteilungsvolumen des haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage B3 Schritt 2 Abs. 1e) oder Abs. 2e).

Die Vergütung der Leistungen bis zum 1,5fachen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage B3 Schritt 2, Abs. 2d) gebildeten Volumen von 2%, welches um die vom Ver-

gütungsvolumen in Anlage B3 Schritt 1, zweiter Punkt in Abzug gebrachten 2% erhöht wird, mit einem abgestaffelten Preis. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen von 2% und dem überschreitenden Leistungsbedarf insgesamt ermittelt und ist begrenzt auf max. 3,0 Cent.

§ 9 Belegärztliche Tätigkeit

- 1) Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Vertragspartner zu beachten.
- 2) a) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.
b) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
c) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die Nr. 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die Nr. 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
d) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.
- 3) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen je Patient und Pfllegetag Euro 2,42 gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfllegetage mit der Nr. 40170.
- 4) a) Die Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36, Nrn. 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe, mithin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, erfolgt nach Anlage B1.
b) Die Vergütung der übrigen belegärztlichen Leistungen, also innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
 - die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 11.4, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der Nrn. 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der Nr. 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60% der Vergütungssätze
 - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 EBM nach Umrechnung in Punkte durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 EBM bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 EBM, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt, mit 60% der Vergütungssätze
 - die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie nach der Nr. 34502 EBM mit 20% der Vergütungssätze vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 EKV die Vergütung mit der Maßgabe, dass

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld

mit 70% der Vergütungssätze

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM
- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70% der Vergütungssätze
- bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60% der Vergütungssätze vergütet werden.

§ 10

Erstattung von Kosten

Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 5 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 5 EKV in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Vertragspartner nichts Abweichendes vereinbart haben.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

§ 11

Wegegelder und Wegepauschale

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,32 bei Tag und Euro 2,41 bei Nacht.
- 2) Anstelle der Wegepauschale gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz angesetzt werden.

4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes 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. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 01721 EBM abrechenbar. Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.

- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:

bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415 oder 05230 EBM	Euro 1,85
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N	Euro 2,92
bei Besuchen nach den Nrn. 01410 und 01721 EBM	Euro 1,52.

§ 12

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

- 1) **Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides**
Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen insbesondere ersichtlich sein:
 - a) die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von Kosten
 - b) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten der nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände nach der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen
 - c) Abzüge der Bareinnahmen aus Praxisgebühr
 - d) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
 - e) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger
 - f) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
 - g) die Höhe des Abzuges für das Ärztliche Hilfswerk
 - h) Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V
 - i) Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zukünftiger Forderungen

- j) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag.

2) Honorarzahlen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

- a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20%, höchstens jedoch 25% und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24% des anerkannten Gesamthonorars abzüglich der Bareinnahmen an Praxisgebühr der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVV, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.
- b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten.

Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

Zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche sowie künftiger Forderungen können fällige Honoraranforderungen in ausreichender Höhe einbehalten werden. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

5) Aussetzung von Honorarzahlen

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z.B. Beendigung oder Entziehung der Zulassung, Tod, Wegzug) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Aussetzung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

§ 13 Überleitungsvorschrift

Zur Überleitung der Vergütung von Notfällen, die von Krankenhäusern in dem Zeitraum von I/99 bis IV/06 erbracht worden sind, wird bestimmt, dass – soweit über die Honorierung nicht bereits bestandskräftig entschieden wurde – der Punktwert für die Vergütung quartalsweise aus der Division der Summe der Vergütungsanteile für Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Vergütungsanteile für Notfallleistungen durch Krankenhäuser durch das für Notfallleistungen abgerechnete Gesamtpunktzahlvolumen ermittelt wird. Die Differenz zwischen dem jeweils ausgekehrten Vergütungspunktwert zu dem ermittelten Punktwert wird unter Berücksichtigung des 10%igen Investitionskostenabschlages bei Krankenhäusern für den anerkannten Leistungsbedarf für Notfallbehandlungen durch das jeweilige Krankenhaus im jeweiligen Quartal unter Abzug der Verwaltungskosten nachvergütet.

§ 14 Haftungsausschluss

1) Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Für den Fall, dass sich aus der Umsetzung des Beschlusses bzw. den Regelungen in diesem Honorarverteilungsvertrag eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergibt, so hat dies keine Auswirkung auf die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Davon wird die gesetzlich vorgegebene Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die gesetzlichen Krankenkassen nicht tangiert.

2) Verfahrenskosten

Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, ge-

hen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, sofern seitens der anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

§ 15 Laufzeit

Diese Vereinbarung (Teil B) tritt zum 01.04.2011 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2011, wenn sie nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einem Vertragspartner die Kündigung rechtzeitig zugeht.

Die Änderung von § 6 Abs. 2 Satz 1 und 2 HVV tritt mit Wirkung ab dem 01.07.2011 in Kraft.

Einvernehmliche Änderungen dieses Vertrages sind auch ohne Kündigung möglich.

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 02.03.2011

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

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Stv. Vorsitzende des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

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

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK Landesverband Nordwest
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

Vereinigte IKK
gez. Andreas Woggon
Landesbereichsleiter
Vertragspolitik Nordrhein

Knappschaft
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

ANLAGE B1

zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem
01.04.2011

Leistungen und deren Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Leistungen

- Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, BKK, Knappschaft, LKK ab 2008**)
- Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV BIG direkt gesund**)
- Verträge nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening AOK, Barmer GEK, BIG direkt gesund, BKK, IKK, IKK Thüringen, Knappschaft, TK**)
- Verträge nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Homöopathie EKK, BKK für Heilberufe, pronova BKK, BKK Mobil Oil**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz, BKK ESSANELLE, BKK 24, BKK Pfaff, IKK classic**)
- Vertrag über die palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung gemäß § 73c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V i. V. m. §§ 140a ff. SGB V (**Palliativ PPK**)
- Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld (**Palliativ EKK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale bzw. COPD (**DMP Asthma/COPD**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1-Diabetikern (**DMP Diabetes 1**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern (**DMP Diabetes 2**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) (**DMP KHK**)
- Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Brustkrebspatientinnen (**DMP Brustkrebs**)
- Vereinbarung über die Zahlung einer Sachkostenspau- schale für die Versorgung mit Schienenverbänden - Knie Ruhigstellungsschienen/Immobilisationsschienen - (**Vereinbarung Schienenverbände**)

- Vereinbarung über die Versorgung der Versicherten der **Barmer GEK** mit parenteralen Ernährungslösungen (**parenterale Ernährung**)
- Vertrag nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 20d Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (**Schutzimpfungen**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen (**Reiseschutzimpfungen mit ktpBKK; BKK Dräger und Hanse, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK24, Barmer GEK**)
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (**HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK Dräger und Hanse**)
- Verträge zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt LKK, Knappschaft**)
- Verträge über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung (**Katarakt Kontingentvertrag AOK, BKK, EKK, IKK**)
- Vereinbarungen über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt Fallpauschale AOK, BKK, EKK, IKK**)
- Verträge zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) AOK, BIG direkt gesund, BKK, Knappschaft, LKK NRW**)
- Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK, BKK, IKK**)
- Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (**SAPV**) in Nordrhein gemäß § 132d SGB V i. V. m. § 37b SGB V
- Vereinbarung über den Ersatz des den Vertragsärzten entstehenden Aufwandes bei der ausführlichen Beantwortung der Anfragen der Krankenkassen zur Feststellung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Behandlungs- und Verordnungskosten bei rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten (einzelne BKK' en)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie (**Tonsillotomie-Vertrag, KKH Allianz**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (**U10 und U11, Knappschaft, TK**)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2, Knappschaft, TK)
- Vertrag nach § 73c SGB V über ein Konsequentes Infektionsscreening in der Schwangerschaft (**K.I.S.S. mit der BIG direkt gesund**)
- Vereinbarung zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit AD(H)S ab 01.10.2010 (**AOK Rheinland/Hamburg**)
- Modulvertrag zum Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern u. Jugendlichen mit AD(H)S ab 01.10.2010 (**AOK Rheinland/Hamburg**)
- Vereinbarung über Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (**Schizophrenie-Vereinbarung, AOK Rheinland/Hamburg, DAK**)
- Weegepauschale und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen (§ 11 HVV)
- Rahmenvereinbarung über die „Auffangkonzeption“ für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychiatriebetten
- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, Nrn. 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 1 und 2, Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden, sowie Nrn. 13421-13431, 04514, 04515, 04518, 04520 EBM und Zentrumsvertrag
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852, 32880-32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a nach der Nr. 01723 EBM
- Hautkrebs-Screening nach den Nrn. 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den Nrn. 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den Nrn. 01950, 01951, 01952, 01955 und 01956 EBM
- Kostenpauschalen nach den Nrn. 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230 (§ 10 Abs. 2 HVV)
- Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I
- Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022
- Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E – 90126E, 90128E – 90136E, 90140E – 90155E und 90156E – 90157E
- Kostenpauschale Dialyse Nrn. 40800 - 40808, 40810 - 40813, 40820 - 40822 EBM
- Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emission-Tomographie (Nr. 88738)
- Neugeborenen-Hörscreening nach den Nrn. 01704 bis 01706 EBM
- Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung nach der Nr. 01833 EBM

- Balneophototherapie nach der Nr. 10350 EBM
- Leistungen der Nrn. 01425 und 01426 EBM (Erst- bzw. Folgeverordnung SAPV)

2) Ausgabenbegrenzung

Zum Zwecke der Ausgabenbegrenzung im Sinne von § 87d Abs. 4 SGB V werden für die nachfolgend benannten vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2011 quartalsweise jeweils eigenständige Vergütungsobergrenzen gebildet. Die jeweilige Vergütungsobergrenze ergibt sich indem bei in Punktzahlen bewerteten Leistungen der Leistungsbedarf bzw. bei mit Euro-Beträgen bewerteten Leistungen die Abrechnungshäufigkeit der betreffenden Leistungen im jeweiligen Vorjahresquartal kassenartenübergreifend

- a) gesteigert um 10% für
 - alle Leistungen im Rahmen der DMP-Verträge,
 - die Wegepauschalen und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen,
 - b) gesteigert um 5%
 - für die strahlentherapeutischen Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den Nrn. 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM,
 - zur Durchführung der Vakuumstanzbiopsien nach den Nrn. 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM,
 - c) gesteigert um 5%
 - für alle Leistungen der Koloskopie nach den Nrn. 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM,
 - für alle Herzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographie nach der Nr. 34291 EBM und Serienangiographien nach den Nrn. 34283 bis 34286 EBM, soweit sie als stationärsersetzende Leistung nach § 115b SGB V erbracht wurden,
 - für alle Katarakt Fallpauschalen,
 - für alle übrigen Leistungen des Kapitels 31 incl. Nr. 40680 EBM, alle übrigen Leistungen nach § 115b SGB V Abschnitt 1 und 2, Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden, sowie alle übrigen Leistungen des Zentrumsvertrags
 - d) gesteigert um 0,9% für
 - die Leistungen der sozialpsychiatrischen Auffangkonzeption,
 - die Leistungen der Belegärzte nach dem Kapitel 36, den Nrn. 13311, 13311I, 17370 sowie der Geburtshilfe nach Abschnitt 8.4 EBM,
 - die Leistungen der künstlichen Befruchtung,
 - die Leistungen der Substitutionsbehandlung mit Ausnahme der ab 01.10.2010 neu in den EBM aufgenommenen Diarmorphingestützten Behandlung,
 - die Telefonkosten nach Nr. 80230 EBM
- mit dem regional vereinbarten Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent zzgl. für das Jahr 2011 vereinbarter Strukturzuschläge bzw. mit den jeweils für das Jahr 2011 vereinbarten Euro-Beträgen multipliziert wird. Das Ergebnis wird ggf. noch um rechnerische Unterschreitungsbeiträge aus der Ausgleichsregelung nach Abs. 4b) erhöht

und für die Quartale II/2011 bis IV/2011 ggf. um vorgelegene Beträge aus der Ausgleichsregelung nach Abs. 4a) reduziert. Für die Vergütungsobergrenzen nach Abs. 2c) gilt – abweichend von Abs. 4 –, dass diese innerhalb eines Quartals untereinander ausgleichsfähig sind.

Ausgenommen von dieser Ausgabenbegrenzung sind alle unter Abs. 1 aufgeführten und nicht in Abs. 2 benannten Leistungen, wie z. B. sämtliche Präventions- und Früherkennungsleistungen sowie alle ab dem Jahr 2009 eingeführten ärztlichen Leistungen, soweit diese auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen.

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 die Abrechnungshäufigkeit des aktuellen Abrechnungsquartals.

Bei Leistungsbereichen, die sowohl in Punkten als auch in 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.

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.

4) Ausgleichsregelung

- a) Sofern sich aus der Zahlung der Gesamtvergütung und der Honorarverteilung ein Defizit im Quartal I/2011 hinsichtlich der Leistungen ergibt, für die Vergütungsobergrenzen gemäß Abs. 2 gebildet werden, wird dieses zu gleichen Teilen in den Quartalen II/2011 bis IV/2011

durch Vortrag bei Bildung der Vergütungsobergrenzen ausgeglichen.

- b) Sofern sich in den einzelnen Abrechnungsquartalen des Jahres 2011 innerhalb der jeweils eigenständigen Vergütungsobergrenzen Unterschreitungen ergeben, werden die Differenzbeträge in das jeweilige Folgequartal des Jahres 2011 fortgeschrieben und erhöhen die Vergütungsobergrenze für die betreffenden Leistungen in dem jeweiligen Folgequartal.

ANLAGE B2

zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.04.2011

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.1 ermittelt und festgesetzt:

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde

Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
Fachärzte für Urologie

ANLAGE B3

zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.04.2011

Bildung der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Schritt 1 Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Ausgangsgröße für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6 vom 02.09.2009 unter Abzug des Leistungsbedarfs auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 bewertet mit dem regional vereinbarten Punktwert für

- zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V, soweit diese die in Schritt 1 benannten Leistungen betreffen,
- die Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen,
- die Vergütung für Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst sowie für ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser und durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte außerhalb der üblichen Praxiszeiten,
- die Vergütung für die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM), für die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP O1320), für die GOP 32001 EBM und für Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM,
- die Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem um 0,1635% gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 3.3 vom 02.09.2009 ohne die zu erwartende Erhöhung der Leistungsmenge der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie.

Auf die so angepasste morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird zur Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens der nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 4, Anhang 1 ermittelte Trennungsfaktor angewendet. Dadurch entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches Verteilungsvolumen.

Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Das haus- bzw. fachärztliche Verteilungsvolumen wird um 15% bzw. um 85% der unter Schritt 1 in Abzug gebrachten Vergütung für die Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versichertem von 0,1635% erhöht. Im Anschluss daran wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

1) im hausärztlichen 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% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- e) das Vergütungsvolumen 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 schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten, mit der Maßgabe, dass nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 die unter g) bis k) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet, abgesenkt um 10%, und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt werden,
- l) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B1 benannten Kosten-

pauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2010,

- m) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5. vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- n) 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.

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 nicht in der Anlage B2 zu diesem HVV aufgeführten Arztgruppen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin, der Fachärzte für Strahlentherapie, der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und der Fachärzte für Transfusionsmedizin,
- i) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,

- k) das Vergütungsvolumen für unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- l) das Vergütungsvolumen für Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
- m) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
- n) 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,
- o) 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,
- p) Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden),
- q) das Vergütungsvolumen für MRT-Leistungen der Fachärzte für Neurologie nach den GOP 34410 bis 34460 EBM,
- r) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 11 EBM,
- s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kap. 19 EBM,
- t) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
- v) 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 v) aufgeführten Volumina jeweils auf Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2010 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet, abgesenkt um 10%, und als jeweils eigenständiges Kontingent – unter h) je Fachgruppe – geführt werden,
- w) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2010,
- x) das gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 5 vereinbarte Vergütungsvolumen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen,
- y) 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 (vitreoretinale Chirurgie).

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen des Beschlusses Teil F, Abschnitt I., Anlage 4 zu beachten.

Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 5 versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage B2 verteilt.

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 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 in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da

sich die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten jedoch nur auf das RLV und nicht auf die QZV berechnen, wird vereinbart, dieses arztgruppenspezifische 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 Vorjahresquartal 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.

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 Kalkulationssicherheit 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.

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Die Ermittlung der für RLV und QZV relevanten Fälle erfolgt nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses (Teil F, Abschnitt I., Ziffer 2.6).

Die Umsetzung des Arztbezuges erfolgt bei den QZV entsprechend den Regelungen bei den RLV, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und zugewiesen werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV abgerechnet und vergütet worden ist.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3 Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert. Dabei wird gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses vom 25.01.2011 zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste für die Fachgruppe der Orthopäden der sich ergebende Fallwert für das Quartal II/2011 zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf den Fallwert des Quartals I/2011 angehoben. Des Weiteren werden die nunmehr in den RLV enthaltenen Leistungen nach den Ab-

schnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet; dieses Vergütungsvolumen wird, abgesenkt um 10%, bei der Ermittlung des RLV-Fallwertes der entsprechenden Fachgruppe berücksichtigt.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3 Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen QZV-Fallwerte. Dabei wird bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM sowie beim QZV Teilradiologie der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet. Das sich für die QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM ergebende Vergütungsvolumen wird, abgesenkt um 10%, bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt.

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

1) Berechnung des RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B2 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Bei angestellten Ärzten i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird bei dem anstellenden Arzt für die Berechnung des RLV die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe vor Abstaffe-

lung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden und nach Maßgabe des jeweils geltenden Beschlusses (Teil F, Abschnitt I., Anlage 7, Nr. 3) errechneten Faktor multipliziert.

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage B2 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Die QZV-Fallzahl des Arztes ermittelt sich aus der Behandlungsfallzahl gemäß Schritt 4. Für die Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie wird wegen der Feststellung der Vertragspartner zu überproportional nachteiligen Auswirkungen ebenso wie bei der Einführung der QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM 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.

Bei der Ermittlung des QZV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Höhe des praxisbezogenen RLV/QZV ergibt sich aus der Addition der RLV je Arzt sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten sowie der Addition der QZV einer Arztpraxis.

ANLAGE B4

zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.04.2011

Arztgruppenspezifische Auflistung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur
	Chirotherapie
	Ergometrie
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Sonographie III
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur
	Allergologie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie
	Sonographie I
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie, für Gefäßchirurgie, für Unfallchirurgie	Akupunktur
	Behandlung von Hämorrhoiden
	Phlebologie (30500 nicht Gefäßchirurgie)
	Physikalische Therapie
	Prokto-/Rektoskopie
	Sonographie I
	Sonographie III (nicht Gefäßchirurgie)
Teilradiologie	

Amtliche Bekanntmachungen

Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Gastroenterologie I
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Kardiorespiratorische Polygraphie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Sonographie I
	Sonographie III		Teilradiologie
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	Bronchoskopie
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		Sonographie I
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Teilradiologie
	Reproduktionsmedizin		Akupunktur
	Sonographie III		Teilradiologie
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Kardiorespiratorische Polygraphie	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Sonographie II
	Phoniatrie, Pädaudiologie		Sonographie III
	Sonographie I		Neurophysiologische Übungsbehandlung
	Teilradiologie		Akupunktur
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologische Lasertherapie	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Sonographie III
	Sonographie III		Akupunktur
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	Fachärzte für Neurologie	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Kardiorespiratorische Polygraphie		Praxisklinische Beobachtung und Betreuung
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		Sonographie III
	Sonographie I		MRT
	Sonographie II		MRT-Angiographie
	Sonographie III		Sonographie I
	Teilradiologie		Akupunktur
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	Akupunktur	Fachärzte für Orthopädie	Physikalische Therapie
	Phlebologie		Sonographie I
	Physikalische Therapie		Teilradiologie
	Sonographie I		Otoakustische Emissionen
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie III	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Sonographie I
	Teilradiologie		

Amtliche Bekanntmachungen

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	GOP 33011
	GOP 33041
	GOP 33042
	GOP 33070
	GOP 34220
	GOP 34221
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297
	GOP 34230
	GOP 34231
	GOP 34232
	GOP 34233
	GOP 34234
	GOP 34237
	GOP 34241
	GOP 34242
	GOP 34246
	GOP 34247
	GOP 34251
	GOP 34255
	GOP 34270
	GOP 34271
	GOP 34272
	GOP 34280
	GOP 34282
	GOP 34283
	GOP 34285
	GOP 34286
	GOP 34294
	GOP 34310
	GOP 34311
	GOP 34320
	GOP 34322
GOP 34330	
GOP 34340	
GOP 34341	
GOP 34343	
GOP 34344	
GOP 34410	

Fachärzte für Diagnostische Radiologie	GOP 34411
	GOP 34422
	GOP 34431
	GOP 34440
	GOP 34441
	GOP 34442
	GOP 34450
	GOP 34451
	GOP 34452
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490
	GOP 34502
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Fachärzte für Urologie
	Stoßwellenlithotripsie
	Teilradiologie

IT-gestützte Quartalsabrechnung

Richtlinie
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Version: 18
Gültig ab: 01.04.2011

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 Software:

- 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.