

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 14.09.2012 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 7/2012, Seite 65 ff) wird in den nachfolgenden Regelungen wie folgt gefasst:

1. in § 3 Abs. 2:

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Vertragspartnern auf der Grundlage des Beschlusses vereinbarten MGV wird dabei entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) bzw. zeitbezogene Kapazitätsgrenzen begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung 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 Kontingentierung bzw. Quotierung zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro - Gebührenordnung führen.

2. in § 5 Abs. 3a), 4) und 5) und Abs. 6 wird ersatzlos gestrichen:

3) Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Zuweisung RLV incl. BAG-Zuschlägen und QZV

Die Zuweisung der RLV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind und sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.

Die Höhe des zutreffenden RLV für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10% je Standort berechnet, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z.B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt.

Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.

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 jeweili-

ge QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. 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 Anwendung der o.g. Zuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

Die Zuweisung an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV, um dem Arzt eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V).

4) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 12 Quartalen 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. Dabei wird der Fallzahlzuwachs innerhalb einer BAG, eines MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten bezogen auf die fachgleichen Ärzte arithmetisch sowie anteilig für neu zugelassene Ärzte berücksichtigt. Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen bei der Abrechnung anerkannt (nur für neu zugelassenen Arzt). Die erstmalige 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 BAG gelten die Gesamtwerte grundsätzlich nach Anteilen gemäß Zulassungsstatus fort. Auf Antrag können die Werte arztbezogen auch nach LANR berücksichtigt werden, wenn sich die Abrechnung dadurch wesentlich und dauerhaft abweichend darstellt; dabei hat die Antragstellung Wirkung für alle (ggf. ehemaligen) Ärzte der Praxis, wenn einer der zugelassenen Ärzte den Antrag persönlich unterschrieben hat. Das kann auch dazu führen, dass weniger Fälle bei der Quartalsabrechnung berücksichtigt werden, als in der Mitteilung über das zugewiesene RLV/QZV ausgewiesen wurden. Für Ärzte, die nicht erstmalig neu

zugelassen sind, ist ein eventueller Fallzahlenanstieg jedoch auf ihre Vorjahresquartalswerte beschränkt; die Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 ff. bleiben unberührt. Die Regelung findet auf die Zuweisung von QZV entsprechende Anwendung.

5) 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. 4 ausgegangen werden. Die Annahme gilt grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 5 km Radius um die bisherige Praxis; bei Fachärzten beträgt der Radius 15 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.

3. in §§ 6 bis 6b:

§ 6 Härtefallregelungen

1) Härteklauseel

Auf Antrag können die arzt- und/oder praxisbezogenen Fallzahlen auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden. Voraussetzung ist ein vom Antragsteller aus den folgenden Gründen nicht zu vertretender außergewöhnlicher Fallzahlrückgang in der Vergangenheit oder ein aktueller außergewöhnlicher Fallzahlenanstieg.

Eine außergewöhnliche Änderung der Fallzahl (Rückgang bzw. Erhöhung) liegt vor, wenn diese 20% der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal (Rückgang) bzw. im Vorjahresquartal (Anstieg) beträgt. Die Bewilligung erfolgt je nach Dauer des Vorliegens des Grundes für bis zu vier aufeinanderfolgende Quartale. Die Antragstellung ist nur bis zum Ende des Quartals, für das die Härtefallregelung erstmals beantragt ist, zulässig; ein erneuter Antrag kann frühestens nach Ablauf von vier Quartalen für die Zukunft gestellt werden. Lässt sich das Vorliegen dieser Voraussetzung noch nicht feststellen, weil der Grund nicht in der Vergangenheit liegt, ist diese Voraussetzung der Bewilligung der aktuellen Fallzahlen als Bedingung beizufügen.

a) Die Bewilligung kann nur aus folgenden Gründen erfolgen:

aa. Gründe, die zu einem Fallzahlrückgang in der Vergangenheit geführt haben

- Erziehung eines Kindes bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres (§ 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV)
- Pflege eines pflegedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
- schwere Erkrankung/Todesfälle im unmittelbaren familiären Umfeld

- eigene Krankheit des Arztes, die zur Arbeitsunfähigkeit führt
- uneigennützig Tätigkeit des Arztes, insbesondere nachgewiesenes soziales Engagement durch ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Hilfsprojektes
- Sicherstellung in einer anderen Praxis im KV-Bezirk bei akuter, schwerer Erkrankung oder Tod des dort tätigen Vertragsarztes
- nachgewiesener Ausfall eines für die Leistungserbringung notwendigen medizinisch-technischen Gerätes.

bb. Gründe, die im aktuellen Quartal liegen und zu einem Fallzahlenanstieg führen

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen BAG oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie zusammenhängend länger als eine Woche dauern und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist. Die anerkannten Mehrfälle werden im entsprechenden Quartal des nächsten Jahres nicht fortgeschrieben.
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Die Aufgabe einer Zulassung in o.g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.
- gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur
- Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus
- Eröffnung einer Zweigpraxis, die nicht nur die Versorgungslage verbessert, sondern der Sicherstellung dient, weil in ihr Leistungen angeboten werden, die ansonsten in zumutbarer Entfernung nicht erbracht werden.

b) Die Bewilligung ist ausgeschlossen bei:

- Umbau in der Praxis oder von Teilen und/oder Umzug der Praxis
- räumliche oder personelle Umstrukturierung der Praxis
- verlängerte bzw. veränderte Öffnungszeiten
- persönliche Fort- und/oder Weiterbildung zusammenhängend von weniger als einer Woche
- in Fällen höherer Gewalt (Witterungsbedingungen, etc.)
- Ausfall von nichtärztlichen Mitarbeitern.

Durch die Fallzahlerhöhung bleibt eine für den Fall des sog. Jobsharing bestehende Leistungsbeschränkung unberührt, soweit nicht bei Aufgabe einer Zulassung oder einer Anstellung eine Erhöhung aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Sinne des Abs. 2 notwendig ist.

2) Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag kann im Einzelfall von der Regelung zur Anwendung der Fallzahlabstufung beim RLV (Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1) ausschließlich dann abgewichen werden, wenn dies aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Letzteres wird angenommen, wenn mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe zur Abrechnung gebracht wird und im Einzugsbereich nicht mehr als zwei weitere Praxen vorhanden sind, die unter 150% der durchschnittlichen Fallzahlen der Arztgruppe zur Abrechnung bringen. Bei Vorliegen der Voraussetzung beginnt die Abstufung erst bei der doppelten Fallzahl.

3) Fortwirkung bisheriger Ausnahmen

Die Änderung der Systematik in den vorstehenden Bestimmungen bewirkt, dass der Regelungsgehalt früherer Bescheide seine Wirkung verliert. Die Beendigung wird auf das Ende des zweiten Quartals 2013 festgesetzt.

§ 6a Praxisbesonderheiten

- 1) Zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs kann im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gewährt werden, wenn der Antragsteller aus objektiven Gründen gehindert ist, mit dem durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwert eine an § 12 Abs. 1 SGB V orientierte Versorgung der GKV-Versicherten zu gewährleisten.

Voraussetzung ist eine im Leistungsumfang der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung sowie eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit auffallendem und messbarem signifikanten Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zum Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis.

- Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn hierauf in vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens 20% des Gesamtpunktzahlvolumens entfallen. Für die Ermittlung des Punktzahlanteils im jeweiligen Spezialisierungsbereich sind ggf. einzelne GOP additiv zu betrachten, wenn ein Sachzusammenhang besteht.
- Indiz für die Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arzt-/Fachgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arzt-/fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung muss entweder auf arztgruppenübergreifend erbrachten speziellen Leistungen nach dem EBM beruhen, die eine besondere (Zusatz-) Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern, oder auf arztgruppentypischen Leistungen nach dem EBM, die im Verhältnis zur Arzt-/Fachgruppe mit mindestens 5-facher Häufigkeit im Anwendervergleich zur Sicherstellung erbracht werden müssen.

Die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit ist ausgeschlossen, wenn die Spezialisierung ganz oder teilweise in einem leistungsfallbezogenen QZV Ausdruck gefunden hat.

Nach Feststellung der tatbestandlichen Voraussetzungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Ermessen bei der Höhe der Festsetzung eines Fallwertzuschlages zu. Über den Fallwertzuschlag wird für vier Quartale entschieden; ein erneuter Antrag ist erst für einen Anschlusszeitraum zulässig.

- 2) Die Änderung der Systematik in den vorstehenden Bestimmungen bewirkt, dass der Regelungsgehalt früherer Bescheide seine Wirkung verliert. Die Beendigung wird auf das Ende des zweiten Quartals 2013 festgesetzt.

§ 6b Auffangregelung

Soweit weitere Umstände vorliegen, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen dieses HVM berechnete RLV im Einzelfall zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt, können auf Antrag nach Ermessen Anpassungen gewährt werden. Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der gesamten Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, vollständig glaubhaft zu machen.

Die Entscheidungen über die Anträge trifft, ebenso wie nach den Regelungen der §§ 6 bis 6a, der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung des HVM-Ausschusses der Vertreterversammlung.

4. in § 6c:

§ 6c Konvergenzregelung

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 12,5% 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 in der Umstellung der mengensteuernden Vergütungssystematik auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben; sonstige Gründe, wie z.B. Veränderung und/oder Reduzierung des Leistungsangebotes/-umfanges der Praxis, Kürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit finden keine Berücksichtigung.

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/Apheresen) im Abrechnungsquartal um mehr als 12,5% unter dem Gesamt-

umsatz des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 liegt und

- der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis (Gesamtumsatz geteilt durch gesamte Fallzahl) im Abrechnungsquartal um mehr als 12,5% 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 12,5% und mit der niedrigeren Gesamtfallzahl der Praxis der beiden betrachteten Quartale multipliziert. Die sich ergebende Differenz zum GKV - Gesamtumsatz im Abrechnungsquartal wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall an die einzelne Arztpraxis ausgezahlt. Etwaige Honorarkürzungen gemäß § 95d SGB V erfolgen arztbezogen auf das Honorar, welches sich nach Gewährung der Ausgleichszahlung ergibt.

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.

Beginnend ab dem 1. Quartal 2013 verändern sich die prozentualen Angaben von 12,5% auf 15% und ab dem 2. Quartal 2013 von 15% auf 17,5%. Beginnend mit dem 3. Quartal 2013 entfällt die Konvergenzregelung in § 6c ersatzlos.

5. in § 7 Abs. 2a):

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. Der in Anlage B3 Schritt 1, dritter Punkt aufgeführte Bereich wird nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt. Der in Anlage B3 Schritt 1, vierter Punkt aufgeführte Bereich wird nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01. Juli 2012 in ihrer jeweils gültigen Fassung für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen zugrunde gelegt, wobei Teil E, Ziffer 3.5 der Regelungen für zwei Quartale nach Inkrafttreten dieses HVM keine Anwendung findet.

6. in Anlage B3 Schritt 1 und Schritt 6 Abs. 2:

Schritt 1 Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Ausgangsgröße für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) gemäß Beschluss Teil B, Ziffer 6 vom 02.09.2009 unter Abzug des Leistungsbedarfs auf Basis des entsprechenden Quartals des Jahres 2011 bewertet mit dem

regional vereinbarten Punktwert, sofern nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, 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 Notfallleistungen 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 01320), 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.

Abweichend bestimmt sich die Ermittlung des unter dem vierten Punkt aufgeführten Vergütungsvolumens nach Teil B, Schritt 18 sowie Teil E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01. Juli 2012 zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Auf die so angepasste MGV 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 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage B2 zu diesem HVM 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 Arztgruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (beim QZV Allergologie erst ab 01.01.2013), Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie wird bei der Berechnung der arzt- und praxisbezogenen QZV auf den Leistungsfall abgestellt. Gleiches gilt bei den QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt

30.7.3 EBM, den QZV für Physikalische Therapie sowie Sonographie I für die Fachärzte für Orthopädie und den QZV für die GOP 01520, 01521 sowie 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie.

Dabei werden die Leistungsfälle des angestellten Arztes i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V denen des anstellenden Arztes zugerechnet; Gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

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.

7. in Anlage B4:

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	Akupunktur
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Sonographie I
	Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)
	Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)
	Kinderendokrinologische Leistung
Hyposensibilisierung (ab dem 01.01.2013)	

Vertreterversammlung der KV Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tritt am 30.11.2012 zu ihrer 10. Sitzung in der 14. Wahlperiode zusammen. Die Sitzung beginnt um 15 Uhr im großen Sitzungssaal im Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9 in Düsseldorf. Die Sitzung ist öffentlich.

Auslegung der Bilanz des Jahres 2011 sowie des Haushaltsplanes für das Geschäftsjahr 2013

Entsprechend des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10.06.1961 liegen bei den Kreisstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der Zeit vom 02.11.2012 bis 29.11.2012 (während der Dienstzeiten) die Bilanz des Jahres 2011 sowie der Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 2013 der zuständigen Bezirksstelle und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Einsichtnahme für die Mitglieder der Kreisstelle aus.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und IKK classic verständigten sich mit Wirkung zum 01. Oktober 2012 über die Anpassung der Vergütungspauschalen nach dem Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung mit der nachstehend abgedruckten Vereinbarung.

Anlage zum Gesamtvertrag

Zweite Änderungsvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

der IKK classic, Dresden
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden IKK genannt -

zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Vertragspartner dieser Vereinbarung verständigen sich zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung als Anlage zum Gesamtvertrag vom 15.03./19.04.2007 in der Fassung der ersten Änderungsvereinbarung vom 01.3.2012 zwischen der KV Nordrhein und der IKK Nordrhein -Rechtsnachfolgerin IKK classic- auf die nachstehend näher beschriebenen Änderungen mit Wirkung zum 01.10.2012. Hierbei wird auf § 16 Abs. 2 der Satzung der KV Nordrhein Bezug genommen.

1. Vergütung und Abrechnung

§ 7 Abs. 1

Neufassung des ersten Satzes

Die IKK vergütet den teilnehmenden Ophthalmochirurgen für den gesamten in diesem Vertrag dargestellten Leistungsinhalt einschließlich aller anstehenden Sachkosten eine Pauschale in Höhe von 709,00 € je durchgeführter Katarakt-Operation.

§ 7 Abs. 2

Neufassung des 3. Satzes

Die Erbringung der postoperativen Betreuung wird nach der Vorgabe des jeweils aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erbracht und abgerechnet.

2. Die Änderungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.10.2012 in Kraft. Eine Kündigung ist mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende, frühestens jedoch zum 31.12.2013, möglich.