



# Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 30. November folgende Beschlüsse:

## Neugestaltung des Notdienstes in Nordrhein

Der Vorstand wird beauftragt in Abstimmung mit der Ärztekammer Nordrhein eine Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein zu erarbeiten, die die nachstehend beschriebenen Strukturvorgaben erfüllt:

- Sitz- und Fahrdienste werden getrennt
- Sitzdienste werden flächendeckend von den Notdienstpraxen (NDP) ausgeführt
- Bestehende NDP werden bezüglich ihrer Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft und der Betrieb gegebenenfalls eingestellt
- Neue NDP werden unter dem Aspekt der Versorgung (Wege für den Patienten) und der Wirtschaftlichkeit gegründet

- Einheitliche Öffnungszeiten für alle NDP
- Fahrdienst erfolgt jeweils einheitlich mit professionellen Anbietern
- Dienstpläne werden in Abstimmung mit den Bezirken einheitlich erstellt und zentral versandt
- Die Vertreterversammlung entscheidet nordrheinweit einheitlich über die Einrichtung von fachärztlichen Notdiensten
- Jeder Arzt in Nordrhein zahlt einen einheitlichen Beitrag zur Finanzierung des Notdienstes (NDP und Fahrdienst)
- Zur Umsetzung der gesamten Ziele werden alle NDP durch die KV Nordrhein betreut

**Antrag:** Vorstand

## Auch im Notdienst gilt § 12 SGB V

Unabhängig von der weiteren Ausgestaltung des ärztlichen Notdienstes in Nordrhein wird festgestellt, dass ärztliche Leistungen auch im Notdienst auf das „Notwendige, Wirtschaftliche, Ausreichende und Zweckmäßige“ nach Paragraph 12 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) beschränkt sind.

Darüber hinaus unterliegt der individuelle Leistungsumfang auch im Notdienst in jedem Behandlungsfall nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Beurteilung durch den Vertragsarzt.

**Antrag:** Wieland Dietrich, Dr. Jens Wasserberg

## Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, sich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen für die Umsetzung der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses hinsichtlich der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus dem Kapitel 35.2 und der probatorischen Sitzungen einzusetzen. Darüber hinaus wird der Vorstand gebeten, sich dafür einzusetzen, dass die Vergütung der nicht genehmigungspflichtigen Leistungen bei den jeweiligen Fach-

gruppen sich nicht verschlechtert sondern mindestens in der derzeitigen Höhe – Vergütung mit dem Orientierungspunktwert – erhalten bleibt.

**Antrag:** Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Barbara Lubisch, Friedrich Neitscher, Heribert Joisten, Ulrich Meier, Dr. Paul Dohmen, Dr. Olrik Cardinal von Widdern, Bernhard Moors, Dr. Mike Dahm

---

## Keine Punktwertangleichung im neuen EBM ohne zusätzliche Mittel

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen ab, die eine rein optische Erhöhung des Punktwertes ärztlicher Leistungen in Richtung 5,11 Cent ohne tatsächliche Betterhonorierung des Regelleistungsvolumens oder einzelner Leistun-

gen beinhalten. Eine solche „EBM-Währungsreform“ dient nur dem Interesse der Kassen, die tatsächliche Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen von über 30 Prozent seit dem EBM 2000 plus zu kaschieren.

**Antrag:** *Wieland Dietrich*

## Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

*Der Honorarverteilungsmaßstabb (HVM) in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 10/2012, Seite 60 ff) wird in den nachfolgend benannten Regelungen jeweils wie folgt modifiziert:*

### 1. § 7 Abs. 2a) wird wie folgt neu gefasst:

#### 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 bis zum 30.06.2013 keine Anwendung findet.

### 2. § 12 Abs. 1c) wird ersatzlos gestrichen.

### 3. § 12 Abs. 3a) wird wie folgt neu gefasst:

#### 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 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.

#### 4. Anlage B1 wird wie folgt neu gefasst:

##### ANLAGE B1 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.01.2013

##### Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, BKK, Knappschaft, LKK ab 2008**)
- 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 classic, Knappschaft, TK**)
- Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, BKK, Knappschaft, LKK ab 2008**)
- 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 classic, Knappschaft, TK**)
- Vereinbarung zur Durchführung der Auflichtmikroskopie im Zusammenhang mit der Hautkrebsvorsorge-Untersuchung (**HEK**)
- 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**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderem Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz, BKK ES-SANELLE, BKK 24, BKK Pfaff, IKK classic, BKK Herkules, actimonda kk**)
- Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische 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 PKK**)
- 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 Sachkostenpauschale für die Versorgung mit Schienenverbänden - Knieruhigstellungsschienen/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 Vor Ort, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG direkt gesund, BKK24,**

- 
- Barmer GEK, Deutsche BKK, Knappschaft)**
  - 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 Vor Ort, Deutsche BKK**)
  - 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 classic**)
  - Vereinbarungen über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt Fallpauschale AOK, BKK, EKK, IKK classic**)
  - Verträge zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (**Makuladegeneration (IVI) BKK, Knappschaft, LKK NRW**)
  - Rahmenvertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration und anderer Krankheitsbilder (**AOK, Barmer GEK, DAK, TK, IKK classic, KKH-Allianz, HEK, HKK**)
  - Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK, BKK, IKK classic, LKK**)
  - 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, Barmer GEK, BKK, Knappschaft, AOK**)
  - 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, Bergische KK, pronova BKK**)
  - 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**)
  - Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (**AOK, LKK**)
  - Pflegeheimvertrag (**Barmer GEK**)
  - Wegepauschale und Wegegeder 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, die Nrn. 34502 EBM i.V.m. den OPS-Codes 1-432.1, 1-442.0 und 1-442.2 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

- Vakuumbiopsien 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, 90115 – 90118, 90123E – 90126E, 90128E – 90136E, 90140E – 90155E und 90156E – 90157E
- Kostenpauschale Dialyse Nrn. 40800 – 40808, 40810 – 40813, 40820 – 40822 EBM
- 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)
- Leistungen des Abschnitts 87.8 der Vergütungsvereinbarung MRSA

#### 5. Anlage B2 wird wie folgt ergänzt:

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100% kinder-kardiologisch tätig sind.

#### 6. In Anlage B3 werden sämtliche Jahresangaben für Bezugszeiträume „2011“ durch „2012“ ersetzt und Schritt 3 Abs. 1 und Abs. 2a sowie Schritt 6 Abs. 2 werden wie folgt neu gefasst:

**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, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

#### 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, dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktkompetenz Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM als besonders förderungswürdige Leistung in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt wird, welcher gebildet wird auf Basis des jeweiligen Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2012, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittswert im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26.03.2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u.a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten grundsätzlich auf das RLV und nicht auf die QZV berechnet werden, wird vereinbart, diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versor-

gungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

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

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

## **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 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 Arztgrup-

pen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, 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.

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.

7. In Anlage B4 werden die QZV der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wie folgt neu gefasst:

<p>Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören</p>	Akupunktur
	Allergologie
	Chirotherapie
	Ergometrie
	Hyposensibilisierung
	Kardiorespiratorische Polygraphie
	Kleinchirurgie
	Langzeit-Blutdruckmessung
	Langzeit-EKG
	Phlebologie
	Physikalische Therapie
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren
	Prokto-/Rektoskopie
	Sonographie I
Sonographie III	
Spirometrie	

Antrag: HVM-Ausschuss

## Gesamtbilanz per 31. Dezember 2011

1. Der Bilanzgewinn in Höhe von 11,849 Millionen Euro wird der Rückstellung für Altersversorgung zugeführt.
2. Dem Vorstand wird für das Geschäftsjahr 2011 Entlastung erteilt.

Antrag: Haushaltsausschuss

## Haushaltsplan 2013

1. Der Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 2013, bestehend aus einem Verwaltungshaushalt mit einem Gesamtaufwand von 111.255.000,00 Euro und einem Investitionshaushalt mit einem Betrag von 8.379.000,00 Euro wird in der vorliegenden Form genehmigt.
2. Die in den einzelnen Kontengruppen (zweistellig) ausgewiesenen Positionen sind gegenseitig deckungsfähig.
3. Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2013 von 92.150.000,00 Euro, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 3,5 % des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-unterstützt vornehmen, zahlen 2,6 %. Für Online-Abrechnungen mit digitaler Gesamtaufstellung unter Verwendung einer qualifizierten Signatur wird ein Verwaltungskostensatz von 2,3 % erhoben. Für Abrechnungen über KV-SafeNet, D2D oder eToken gilt ein Verwaltungskostensatz von 2,5 %.

Zusätzliche Verwaltungskostensätze für Praxisnetze/Notfallpraxen im Bereich der KV Nordrhein werden zur Deckung der dort anfallenden Kosten laut § 13 Abs. 3 der Satzung der KV Nordrhein bei Bedarf vom Vorstand festgesetzt.

Antrag: Vorstand