

tiv-Arzt. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arzt. Diese bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arzt durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

Sofern sich hieraus infolge von Selektivverträgen die Notwendigkeit ergibt, die Anwendung der Regelungen in § 5 Abs. 3a) Sätze 3 bis 11 sowie in § 6 Abs. 4 anzupassen, erfolgt dies entsprechend.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben sich mit Wirkung zum 01. Juli 2012 auf die nachstehend aufgeführte Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ als Ergänzung zu den Bundesmantelverträgen verständigt.

Die nachstehend aufgeführte Vereinbarung ersetzt die bisherigen Übergangsregelungen vom 01.01.2010 über die Umsetzung der Onkologie-Vereinbarung nach Anlage 7 des Bundesmantelvertrages.

Anlage zum Gesamtvertrag

Vereinbarung

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

der **IKK classic**, Dresden

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW**, Münster

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK - Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

- andererseits -

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)

Anmerkung:

Soweit in dieser Vereinbarung personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die als Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen (BMV) geschlossene Onkologie-Vereinbarung vom 01.01.2012 im Bereich der KV Nordrhein Anwendung findet.

Zur Aufrechterhaltung einer qualifizierten flächendeckenden ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in Nordrhein vereinbaren die Vertragspartner die folgenden abweichenden Übergangsregelungen, die ab 01.07.2012 gelten.

Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Protokollnotiz vom 01.01.2010 über die Umsetzung der Onkologievereinbarung.

Diese Regelungen gelten nicht für Vertragsärzte, die erstmalig an der Onkologievereinbarung teilnehmen oder kürzer als zwei Jahre zugelassen sind.

§ 2

Voraussetzungen zur Teilnahme

Die Regelungen in Anlage 7 BMV werden wie folgt modifiziert:

- (1) Der onkologisch qualifizierte und an der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein teilnehmende Arzt hat seine fach-

liche Qualifikation nach § 3 Abs. 2 der Anlage 7 BMV gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.

(2) Sofern der Arzt diese fachliche Qualifikation nach Anlage 7 BMV nicht erfüllt, kann er bei der KV Nordrhein einen Antrag auf fachliche Anerkennung stellen. Der Antrag muss eine Begründung enthalten, weshalb die Voraussetzungen nicht erbracht werden können. Der Arzt muss in diesem Fall seine fachliche Befähigung in einem fachonkologischen Kolloquium gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 135 Abs. 2 SGB V nachweisen. Dies gilt für Ärzte, die bis zum 31.03.2012 nach den bisherigen Regelungen einen Antrag zur Teilnahme an einem fachonkologischen Kolloquium gestellt haben. Diese können übergangsweise, bis zur Teilnahme an dem Kolloquium oder der Nichtzulassung zum Kolloquium, an dieser Vereinbarung teilnehmen. Durch die KV Nordrhein kann dann eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung erteilt werden, sofern die weiteren nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden.

(3) Abweichend von den Patientenzahlen nach § 3 Abs. 4, 2. Spiegelstrich der Anlage 7 BMV vereinbaren die Vertragspartner folgende Mindest-Patientenzahlen:

- Für andere Fachgruppen:
Betreuung von durchschnittlich 40 Patienten je Quartal und Arzt (in den letzten vier abgerechneten Quartalen vor Antragstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 30 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 10 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung.
Sofern alle weiteren Voraussetzungen der Anlage 7 BMV - soweit nichts Abweichendes bestimmt wurde - vorliegen, sind die Leistungen nach Anhang 2 der Anlage 7 BMV berechnungsfähig. Es kann eine Genehmigung durch die KV Nordrhein zur Abrechnung der Symbolnummern (SNR) 86512 und 86514 ab dem 01.07.2012 erteilt werden.

(4) Aus Sicherstellungsgründen können die Vertragspartner sich über die im Einzelfall notwendige Teilnahme an der Onkologievereinbarung für Ärzte, welche die Patientenzahlen nach § 3 Abs. 4 der Anlage 7 BMV bzw. § 2 Abs. 3 dieser Vereinbarung nicht erreichen, abstimmen. Hiernach erteilt die KV Nordrhein die im Einzelfall erforderliche Teilnahme-genehmigung.

§ 3

Organisatorische Maßnahmen

(1) Abweichend zu § 5 der Anlage 7 BMV gelten für Ärzte, die eine Teilgenehmigung zur Abrechnung der GOP 86512 bis zum 30.06.2012 erhalten haben, folgende Ausnahmeregelungen:

- Abs. 1, dritter Unterpunkt (Behandlungsplätze) gilt nicht
- Abs. 1, vierter Unterpunkt (Pflegepersonal):

Die Schulung des eigenen Personals kann in der jeweiligen Praxis durch den onkologisch verantwortlichen Arzt erfolgen und ist jährlich mindestens einmal zu dokumentieren und gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen

§ 4

Abrechnung und Vergütung

Für die Abrechnung und Vergütung von Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung sind die in Anhang 2 Teil A der Anlage 7 BMV dargestellten Abrechnungsbestimmungen maßgeblich. Für die Bewertung der Gebührenordnungsposition gelten die nachstehend genannten Euro-Beträge:

86510 mit einem Gebührenwert von	51,13 Euro
86512 mit einem Gebührenwert von	25,56 Euro
86514 mit einem Gebührenwert von	25,56 Euro
86516 mit einem Gebührenwert von	255,65 Euro
86518 mit einem Gebührenwert von	255,65 Euro

Die Gebührenordnungspositionen 86510, 86516 und 86518 sind nur berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen nach der Anlage 7 BMV vollständig erfüllt wurden.

§ 5

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung gilt grundsätzlich für die Zeit vom 01.07.2012 bis zum 30.06.2013. Sie verliert aber ihre Gültigkeit, wenn die Vereinbarung nach Anlage 7 BMV in dem vorgenannten Zeitraum wirksam gekündigt wird.

Zum Zeitpunkt der wirksamen Kündigung gem. § 11 Abs. 4 der Vereinbarung nach Anlage 7 BMV, tritt auch die vorliegende Vereinbarung außer Kraft.

Sollten Änderungen oder Ergänzungen der Anlage 7 BMV die Regelungstatbestände dieser Vereinbarung betreffen, verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über die weitere Umsetzung. Gleiches gilt auch für den Fall, dass durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Richtlinie zu § 116b SGB V betreffend der qualifizierten ambulanten onkologischen Versorgung krebskranker Patienten in Kraft gesetzt wird.

§ 6

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung

Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit dieser Vereinbarung ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, den 29.05.2012

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

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

BKK-Landesverband NORDWEST
gez. Dr. Dirk Janssen
Vorstandsbevollmächtigter

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter Vertragspolitik

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
gez. Heinz-Josef Voß
Direktor

Knappschaft
(vdek)
gez. Dr. Georg Greve
Erster Direktor

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

IT-gestützte Quartalsabrechnung

Richtlinie

Gültig ab: 01.07.2012

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Einsatz eines zertifizierten Abrechnungssystems

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

- Für die IT-gestützte Abrechnung ist die Anzeige (Meldebogen) gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung 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.
- 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.
- Für den Fall, dass eine nicht gültige Abrechnungsssoftware zum Einsatz gelangt, ist die KV Nordrhein berechtigt, die Weiterverarbeitung der Abrechnung zu verweigern.

1.2 Art der Übermittlung der Abrechnung

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

- Übermittlung auf Datenträger (vgl. Kap. 2.1)
- leitungsgebundene elektronische Übermittlung (vgl. Kap. 2.2)

1.3 Abrechnung in Teilen

Unter Beachtung der jeweils aktuell gültigen Vorgaben der KBV (KVDT-Satzbeschreibung, KVDT-Anforderungskatalog) nimmt die KV Nordrhein Teilabrechnungen desselben Quartals zu derselben Praxis/Einrichtung an und führt sie zusammen². Hierbei können die Praxen/Einrichtungen die Teilabrechnungen auf separaten Datenträgern gemäß Kap. 2.1 einreichen oder leitungsgebunden gemäß den Vorgaben laut Kap. 2.2 übermitteln. (Ein gemischtes/hybrides Verfahren ist auch möglich, d.h. eine Teilabrechnung auf Datenträger, die andere Teilabrechnung leitungsgebunden per elektronischer Datenübermittlung.)

Kennzeichnen von Teilabrechnungen

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

1.4 regelmäßige Softwareaktualisierung

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

1.5 mehrere Überweisungsscheine für denselben Patienten

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

1.6 Übernahme von Abrechnungsinformationen in die Quartalsabrechnung

Alle Abrechnungsinformationen eines papierernen Abrechnungsscheines (z.B. Überweisungsschein) müssen umfassend und unverändert in das Abrechnungssystem für die Quartalsabrechnung übernommen werden.⁵ Ausnahmen sind nur dann