

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 29.11.2013 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM

- in der Fassung des *Rheinischen Ärzteblattes 7/2013*, Seite 57 ff. unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung in der Sitzung am 13.09.2013 mit Wirkung zum 01.07.2013 wird mit Wirkung zum 01.07.2013

und

- in der Fassung des *Rheinischen Ärzteblattes 10/2013*, Seite 57 ff. wird mit Wirkung zum 01.10.2013

in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

- I. In der Anlage 1 wird der „Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (AOK, SVLFG)“ durch „Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (AOK, SVLFG, Knappschaft)“ ersetzt.

- II. In der Anlage 1 wird der Spiegelstrich

„Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90115 - 90118, 90123E - 90126E, 90128E - 90136E, 90140E - 90155E und 90156E - 90157E“

durch

„Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E bzw. 90142E, 90144E - 90157E, Kap. 40.14 EBM“

ersetzt.

- III. In der Anlage 1 wird der Spiegelstrich

„Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM“

durch

„Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der GOP O1321 EBM* und Nr. O1321H* (*nur in Verbindung mit Leistungen nach Kap. 40.14 EBM und mit einer entsprechenden Genehmigung gem. Anlage 9.1 BMV)“

ersetzt.

- IV. Die Anlage 1 wird um den Spiegelstrich:

„Übergangsregelung zur Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinie“

ergänzt.

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 29.11.2013 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der Fassung des *Rheinischen Ärzteblattes 10/2013*, Seite 57 ff. unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung in der Sitzung am 29.11.2013 mit Wirkung zum 01.10.2013 wird mit Wirkung zum 01.01.2014 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

- I. In § 1 Abs. 1) Satz 2 wird die Passage „bzw. Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV)“ ersatzlos gestrichen.

- II. In § 1 Abs. 5a) Satz 2 wird die Passage „bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1 EKV“ ersatzlos gestrichen.

- III. In § 3 Abs. 3) Satz 3 wird der Begriff „Vertrages“ durch „Honorarverteilungsmaßstabes“ ersetzt.

- IV. § 5 Abs. 1) wird wie folgt neu gefasst:

§ 5

Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit werden für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV und QZV vorgegeben. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus den nachfolgenden Bestimmungen.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage 2 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.

sichtigen. 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 mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht haben und die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führen und nachweisen, dass er im Abrechnungsquartal die Qualifikationsgenehmigung nach §§ 135 Abs. 2, 137 SGB V besitzt oder eine Zusatzbezeichnung führt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-BAG tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teil-BAG 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.

- V. In § 5 Abs. 2) wird jeweils der Begriff „Vertrages“ durch „Honorarverteilungsmaßstabes“ ersetzt.
- VI. In § 5 Abs. 3) wird in der Überschrift „Arztpraxisbezogene Mitteilung“ durch „Praxisbezogene Mitteilung“ ersetzt.
- VII. § 5 Abs. 4) wird wie folgt neu gefasst:

4) RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 16 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 erhält die Praxis insgesamt maximal die aktuell abgerechnete Fallzahl. Das kann dazu führen, dass weniger Fälle bei der Quartalsabrechnung berücksichtigt werden, als in der Mitteilung über das RLV/QZV ausgewiesen wurden. Für Ärzte, die nicht erstmalig neu zugelassen sind, ist ein eventueller Fallzahlenanstieg jedoch auf ihre Vorjahresquartalswerte beschränkt. Die erstmalige Anstellung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – 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 grundsätz-

lich fort. Die Regelung findet auf die Mitteilung von QZV entsprechende Anwendung.

- VIII. § 6 Abs. 1) wird wie folgt neu gefasst:

§ 6 Härtefallregelungen

1) Härteklausel

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. Dabei gilt, dass Praxen unterhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl lediglich 20% der Fallzahl der Praxis und Praxen oberhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl 20% des Durchschnitts nachweisen müssen, um eine außergewöhnliche Fallzahländerung belegen zu können. Für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden für das Vorliegen des 20%-Kriteriums die Arztgruppendurchschnitte je Arzt additiv betrachtet. 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. Job Sharing bestehende Leistungsbeschränkung unberührt, soweit nicht bei Aufgabe einer Zu-

lassung oder einer Anstellung eine Erhöhung aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Sinne des Abs. 2 notwendig ist.

IX. In § 7 Abs. 2b) entfällt der Hinweis

„Die vg. Fallwerte gelten erst mit Wirkung ab dem 01.01.2014; bis zum 31.12.2013 behalten die Fallwerte aus dem HVM für III/2013 in der Fassung durch Beschluss der VV am 13.09.2013 ihre Gültigkeit. Letzteres gilt ebenfalls für durch Bescheid im Einzelfall festgesetzte Fallwerte“

ersatzlos.

X. In § 7 Abs. 2f) wird im ersten Satz „Abs. 1e) bis m) und Abs. 2e) bis y)“ durch „Abs. 1c) bis e) und Abs. 2c) bis f)“, im Satz 5 „nach Abs. 1k) und Abs. 2v)“ durch „nach Abs. 1d), 2. Spiegelstrich und Abs. 2d), 7. Spiegelstrich“ und im Satz 6 „gemäß Abs. 2x)“ durch „gemäß Abs. 2d), 8. Spiegelstrich“ ersetzt.

XI. In § 8 Abs. 1 wird der Begriff „Vertragspartner“ durch „Partner der Gesamtverträge“ ersetzt.

XII. In § 8 Abs. 4b) wird die Passage „bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 EKV“ ersatzlos gestrichen.

XIII. § 9 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

§ 9

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. 6 BMV-Ä in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbart haben.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden nach Maßgabe von Anlage 1 erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

XIV. Der § 12 erhält folgende Fassung:

§ 12 Laufzeit

Dieser HVM tritt zum 01.01.2014 in Kraft

XV. In Anlage 3 erhält die Überschrift folgende Fassung:

ANLAGE 3 des HVM mit Wirkung ab dem 01.01.2014

Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

XVI. In Anlage 3 erhält Schritt 2 folgende Fassung:

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

Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen

1) des hausärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) 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 für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für
 - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 4 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,

- Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10%, für
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM
 - e) den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschuss in seiner 295. Sitzung auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Betrag für die Vergütung der Leistungen der Geriatrie, Palliativmedizin und Sozialpädiatrie der Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4, 4.2.5 EBM fortentwickelt um die nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V zwischen den Vertragspartnern festgelegte Veränderungsrate für 2014 mit der Maßgabe, dass das Volumen als eigenständiges Kontingent geführt wird
 - f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals
 - g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
 - Onkologie-Vereinbarung.

2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) 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 für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V,

- für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für
- nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 4 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - die GOP 01320 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10%, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
 - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
 - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht in Anlage 1 aufgeführt sind,
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z.B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
 - Leistungen des Kapitels 19 EBM,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - 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),
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen der Humangenetischen Beratungen und der Zytogenetik nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 01837 EBM, gebildet aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert
- f) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 12,5%, für
- die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 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,
 - 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 1) erbracht wurden,
 - Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM)
- g) die Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen, mithin
- das Vergütungsvolumen, welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den RLV-Vergütungsvolumina für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM im Abrechnungsquartal und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt werden,
 - das Vergütungsvolumen, welches sich für die Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile der RLV-Vergütungsvolumina im Abrechnungsquartal und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn der RLV-relevante Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem im

Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt wird,

- das Vergütungsvolumen für Leistungen der Teilradiologie, welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den QZV-Vergütungsvolumina und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet werden und um 5% abgesenkt wird,
 - das Vergütungsvolumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM welches sich in der Differenz aus der Betrachtung der Anteile an den QZV-Vergütungsvolumina und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn diese Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 12,5% abgesenkt werden
- h) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- i) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - 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).

Der zur Bildung der eigenständigen Kontingente in Punkt f) und der Vergütungsvolumina in Punkt g) herangezogene Punktwert, der sich aus der prozentualen Absenkung des regional vereinbarten Punktwertes ermittelt, entspricht mindestens dem Wert des sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwertes im fachärztlichen Versorgungsbereich (rDPW). Dieser berechnet sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumen mit dem RLV/QZV-Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals. D.h., die Bildung der jeweils eigenständigen Kontingente bzw. Vergütungsvolumina mit einem Punktwert unterhalb des rDPW ist ausgeschlossen. Für das Quartal II/2014 verändern sich die prozentualen Absenkungen des regional vereinbarten Punktwertes in Punkt f) und g) von 12,5% auf 15% sowie von 5% auf 10%, werden aber ebenfalls begrenzt auf den sich im Abrechnungsquartal ergebenden rDPW. Ab dem Quartal III/2014 werden die in Punkt f) gebildeten eigenständigen Kontingente mit dem rDPW gebildet; Punkt g) entfällt ersatzlos.

XVII. In Anlage 3 erhält Schritt 3 Abs. 2a) folgende Fassung:

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

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM,
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM,
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34460 EBM

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals gebildet und mit dem rDPW bzw. bei den Neurologen und Nervenärzten mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet werden, im 1. Quartal 2014 abgesenkt um 12,5%, im 2. Quartal 2014 abgesenkt um 15% jeweils aber begrenzt auf den aktuellen rDPW (vgl. Schritt 2 Abs. 2 a.E.) sowie ab dem 3. Quartal 2014 bewertet mit dem rDPW.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, 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 und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (§ 5 Abs. 3a) HVM), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2c) erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

XVIII. In Anlage 3 erhält Schritt 3 Abs. 2b) folgende Fassung:

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-Berechnung erfolgen muss, wird vor Aufteilung auf die Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV arztgruppenspezifisch zunächst die Summe in Abzug gebracht, die sich nach den jeweili-

gen MGV-Bereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt; insoweit wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.

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

Dem RLV-Vergütungsvolumen der

- Fachärzte für Frauenheilkunde wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 1. Spiegelstrich
- Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 2. Spiegelstrich

zugeführt.

Den arztgruppenspezifischen QZV-Vergütungsvolumina für Leistungen der Teilradiologie wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2g), 3. Spiegelstrich zugeführt.

Von dem unter Schritt 2, Abs. 2g), 4. Spiegelstrich in Abzug gebrachten Volumen für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Betrag, der sich arztgruppenspezifisch nach Multiplikation des jeweiligen Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert und dem Faktor 0,075 ergibt, entsprechend den RLV-Vergütungsvolumina der Arztgruppen zugeführt, für die ein QZV Akupunktur nach Anlage 4 vorgesehen ist. Das im Übrigen in Schritt 2, Abs. 2g), 4. Spiegelstrich in Abzug gebrachte Volumen wird ebenfalls arztgruppenspezifisch den QZV-Vergütungsvolumina zugeführt. Ab dem 2. Quartal 2014 verringert sich der vorgenannte Faktor auf 0,05. Ab dem 3. Quartal 2014 entfällt die Zuführung der vorgenannten Volumina ersatzlos.

XIX. In Anlage 3 erhält Schritt 4 folgende Fassung:

Schritt 4 Ermittlung RLV- und QZV-relevanter Fälle

Die für die RLV-relevanten Fälle einer Arztpraxis sind deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst. Von den RLV-relevanten Fällen sind aller-

dings ausgenommen die Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten, und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2.
- In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.

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.

XX. In Anlage 3 erhält Schritt 6 Abs. 1) folgende Fassung:

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 2 zu diesem HVM 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 BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten erfolgt die Minderung des für die Ärzte einer Arztgruppe zutreffenden Fallwertes für jeden über 150% der Summe der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen aller fachgleichen Ärzte der Praxis hinausgehenden RLV-Fall.

Die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe ergibt sich dabei aus der Division der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und der Anzahl der Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt.

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 Abstufung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitlich tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung. Die Fälle dieser angestellten Ärzte werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet. Gleiches gilt für die Jobsharing-Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.

der **IKK classic**, Dresden

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse**, Kassel

der **Knappschaft**, Bochum

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

- andererseits -

Anlagen:

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung für Haus- und/oder Fachärzte
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung für QPÄ
- Anlage 3a/b Qualitätsindikatoren (Dokumentationen)
- Anlage 4 Vergütungsvereinbarung

Erläuterungen

- AAPV = allgemeine ambulante Palliativversorgung
- APD = Ambulanter Pflegedienst
- EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss
- ICD-10-GM = International Code of Disease German Modification
- MMST = Mini-Mental-Status-Test
- QPA/QPÄ = qualifizierter Palliativ-Arzt/qualifizierte Palliativärzte
- SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- SGB V = Sozialgesetzbuch V

In diesem Vertrag wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit immer Personen beider Geschlechter gemeint.

Präambel

Eine wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, den fließenden Übergang zwischen einer kurativen und einer palliativen Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten zu gewährleisten, um die Leiden und Schmerzen zu lindern sowie eine der Situation angemessene Lebensqualität zu sichern. Dabei ist den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten sowie der ihnen nahe stehenden Personen zu entsprechen sowie den persönlichen, kulturellen und ggf. religiösen Werten und Überzeugungen einfühlsam zu begegnen.

In Anlehnung an die Richtlinie des G-BA geht dieser Vertrag davon aus, dass nur ein kleiner Anteil dieser Patienten eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) am Lebensende benötigt. Der überwiegende Teil der schwerstkranken und sterbenden Patienten kann vom vertrauten Haus- und/oder Facharzt oder QPA in enger Kooperation mit APD und anderen Gesundheitsberufen adäquat ambulant versorgt werden.

Strukturvertrag nach § 73a SGB V

zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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