

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 08.05.2013 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2013, Seite 63 ff) wird in den nachfolgend benannten Regelungen jeweils wie folgt modifiziert:

- I. Der Satz 2 der Einleitung (vor § 1) des HVM wird ersatzlos gestrichen.
- II. In §1 Abs. 1 wird im vorletzten Satz der Begriff „GO-Nummer“ ersetzt durch „Gebührenordnungsposition (GOP)“. Die Abkürzung „GOP“ wird redaktionell fortlaufend im HVM ersetzt bzw. entsprechend eingefügt.
- III. § 1 Abs. 2a) erhält folgende Fassung:
„Abrechnung
Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten leitungsgebunden und die der abrechnungsbegründenden Daten einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren sowie der zu übermittelnden Statistikdaten nach Maßgabe der vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erlassenen Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNo) in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im offiziellen Veröffentlichungsorgan, zu erfolgen. Mehrere dieser Abrechnungsübermittlungen während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse bei demselben Arzt/derselben Praxis sind für die Abrechnung als ein Behandlungsfall zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten.
Für die Abrechnung mittels IT ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung sind in der IT-Rtl. KVNo geregelt.“
- IV. In § 1 Abs. 5a) Satz 1 wird der Begriff „Abgabetermine“ durch „Abgabefristen“ ersetzt.
- V. Die §§ 3 bis 5 werden wie folgt neu gefasst:

§ 3

Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für

ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem regional vereinbarten Punktwert multipliziert werden. Dieser regionale Punktwert wird von den Partnern der Gesamtverträge in Höhe des Orientierungswertes vereinbart, da regionale Anpassungen nicht bestehen, sodass als regionale Gebührenordnung die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung gilt. Zusätzlich werden Strukturzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten MGV wird entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) 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.

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt und in der Tabelle in § 7 Abs. 2a) aufgeführt sind, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung.

3) Leistungen außerhalb der MGV

Für die in der Anlage 1 aufgeführten Leistungen erfolgt die arztseitige Vergütung außerhalb der MGV. Dazu werden der jeweils geltende regional vereinbarte Punktwert und vereinbarte Strukturzuschläge bzw. werden die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Die Anlage 1 ist in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 4 Rückstellungen

Rückstellungen werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in der angenommenen ausreichenden Höhe aus der MGV gebildet. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.

§ 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. Dabei wird der Arztbezug bei den fachgleichen Ärzten einer BAG, einem MVZ und einer Praxis mit angestellten Ärzten durch die Anteile gemäß Zulassungsstatus hergestellt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt sein RLV/QZV die Hälfte des arztgruppenspezifischen RLV/QZV. Angestellte Ärzte erhalten ein RLV/QZV mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Für die arztbezogene Ermittlung und Festsetzung eines QZV muss der einzelne Arzt 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.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage 3, die in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Vertrages ist, verwiesen.

Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage 4, die in ihrer jeweils geltenden Fassung ebenfalls Bestandteil dieses Vertrages ist, aufgeführt.

3) Arztpraxisbezogene Mitteilung und Verrechnung der RLV und QZV

a) Mitteilung RLV incl. Kooperationszuschlägen und QZV

Die Mitteilung 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, 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 (Kooperationszuschlag), 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 Mitteilung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die in Abs. 1 benannten Voraussetzungen für das jeweilige QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. 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 Mitteilung 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 entgegengestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden. Die Anwendung der Kooperationszuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

Die Information 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).

b) Verrechnung

Dem einer Arztpraxis mitgeteilten RLV und ggf. QZV steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das RLV und/oder QZV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem RLV und/oder QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teil-BAG erbracht werden.

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 ermittelt und der sich ergebende Anteil wird für den neu zugelassenen Arzt berücksichtigt. Vom 13. bis zum 16. Niederlassungsquartal seit Neuzulassung wird bei der Mitteilung die höchste RLV-relevante Fallzahl der bis dahin vorliegenden Abrechnungsergebnisse und bei der Abrechnung die höchste RLV-relevante Fallzahl aus den ersten 12 Niederlassungsquartalen anerkannt (nur für neu zugelassenen Arzt). 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 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 RLV/QZV ausgewiesen wurden. Für Ärzte, die nicht erstmalig neu zugelassen sind, ist ein eventueller Fallzahlanstieg jedoch auf ihre Vorjahresquartalswerte beschränkt; die Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 ff. bleiben unberührt. Die Regelung findet auf die Mitteilung 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 20 km. Eine Reduktion von RLV/QZV kann auch später für die Zukunft erfolgen, insbesondere wenn von Praxen in der Nachbarschaft des bisherigen Praxisortes dargelegt wird, dass die ehemaligen Patienten der verlegten Praxis von ihnen versorgt werden.“

VI. In § 6 Abs. 2 Satz 1 wird nach dem Begriff „Anlage“ das „B“ gestrichen; diese Streichung wird fortlaufend im HVM durchgeführt.

VII. § 6a Abs. 2 wird ersatzlos gestrichen.

VIII. § 6c wird ersatzlos gestrichen.

IX. § 7 wird wie folgt neu gefasst:

§ 7

Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

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

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert in Höhe von 3,5363 Cent bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

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

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

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.

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

a) Die nach Schritt 1 der Anlage 3 in Abzug gebrachten Leistungen der ambulanten Notfallversorgung im organisierten ärztlichen Notfalldienst bzw. der Krankenhäuser werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert vergütet, wobei die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10% erfolgt.

Die nach Schritt 1 der Anlage 3 in Abzug gebrachten Leistungen nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Wirkung zum 01.07.2012 in ihrer jeweils gültigen Fassung für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen (im Folgenden Vorgaben KBV genannt) werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet mit der Maßgabe, dass für die Zeit vom 01.07.2013 bis längstens 30.06.2014 in Anpassung der Regelung in Teil E, Ziffer 3.5 der Vorgaben KBV die nachfolgenden Fallwerte für die benannten Arztgruppen, die dem Laborbudget unterliegen, angewendet werden:

Arztgruppen	Referenzfallwert
Fachärzte für Frauenheilkunde	4,23 €
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	31,93 €
Fachärzte für Dermatologie	4,48 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie	25,09 €
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie	40,46 € *
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie	87,99 € *
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämato-/	22,54 €

Onkologie	
Fachärzte für Urologie	8,78 €
Fachärzte für Nuklearmedizin	22,75 €

* *Anmerkung: Der Fallwert der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und der Fallwert der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie sind versehentlich vertauscht worden. Eine Berichtigung erfolgt voraussichtlich in der nächsten Vertreterversammlung.*

Die Referenz-Fallwerte unterliegen wie alle übrigen Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3, sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden und mit Ausnahme der GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 EBM, der bundeseinheitlichen für den jeweiligen Zeitraum geltenden Abstufungsquote nach den Vorgaben KBV in der jeweils geltenden Fassung.

- b) Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen, die nicht in Anlage 1 benannt sind, erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, es sei denn die Leistungen sind in Anlage 4 aufgeführt.
- c) Die Vergütung der in Anlage 3 Schritt 2, Abs. 1e) bis l) und Abs. 2e) bis w) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, es sei denn, dass jeweils eigenständige Kontingente gebildet sind und die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

Wird eines der für die Leistungsbereiche nach Anlage 3 Schritt 2, Abs. 2s) gebildeten Kontingente trotz Maximalvergütung nicht ausgeschöpft, erhöht der Unterschreitungsbeitrag das Vergütungsvolumen des jeweils anderen Kontingents nach Anlage 3 Schritt 2, Abs. 2s).

Die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen nach Abs. 1k) und Abs. 2u) erfolgt zusätzlich abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10%.

Die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer im hausärztlichen Versorgungsbereich eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO – Leistungen), erfolgt aus dem im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Abs. 2w) gebildeten eigenständigen Kontingent.

- d) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie und der Fachärzte für Humangenetik außerhalb von Kapitel 19 EBM bzw. außerhalb von Kapitel 11 EBM und den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der gemäß Anlage 3 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 3 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht

mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5363 Cent.

X. Die §§ 8, 13 und 14 werden ersatzlos gestrichen; die weiteren §§ werden numerisch angepasst.

XI. Der § 12 erhält folgende Fassung:

§ 12 Laufzeit

Dieser HVM tritt zum 01.07.2013 in Kraft; die Regelung in Anlage 3 Schritt 2, Abs. 1g) und Abs. 2g) tritt ebenso wie die Streichung des bisherigen § 8 HVM „Psychotherapeutische Leistungen“ sowie die Ergänzung in Anlage 1 letzter Spiegelstrich und die Anpassung des regional vereinbarten Punktwertes zum 01.01.2013 in Kraft.

XII. Die Anlage 1 erhält folgende Fassung:

ANLAGE 1 des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2013

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (**HZV AOK, BKK, Knappschaft, SVLFG**)
- 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, HEK**)
- 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**)
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderem Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V (**Homöopathie SECURVITA BKK, BKK Linde, BKK Daimler Benz, BKK ESSANELLE, 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 BKK Vor Ort, BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, 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, 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 SVLFG, 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, SVLFG**)
- Rahmenvertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration und anderer Krankheitsbilder (**AOK, Barmer GEK, DAK-Gesundheit, TK, IKK classic, KKH, HEK, HKK**)
- Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gemäß des Gemeinsamen Bundesausschusses (**Prävention Kinder U10 und U11 AOK, BKK, SVLFG**)
- 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, 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, Novitas 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-Gesundheit**)
- Strukturvertrag zur Versorgung des diabetischen Fußsyndroms (**AOK, SVLFG**)
- Pflegeheimvertrag (**Barmer GEK**)
- Amblyopie-screeningvertrag (**Knappschaft**)
- Wegepauschale und Wegegebühren Primär- und Ersatzkassen (§ 10 HVM)
- Rahmenvereinbarung über die "Auffangkonzeption" für die aus dem Krankenhausplan ausscheidenden Psychatriebetten
- Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, GOP 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 GOP 13421 - 13431, 04514, 04515, 04518, 04520 EBM und Zentrumsvertrag
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der GOP 40850, 40852, 32880 - 32882 EBM
- Früherkennungsuntersuchung U7a nach der GOP 01723 EBM
- Hautkrebs-Screening nach den GOP 01745 und 01746 EBM
- Vakuumstanzbiopsien nach den GOP 34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM
- Strahlentherapeutische Leistungen, einschließlich Kostenpauschalen, nach den GOP 25210 - 25342 sowie 40840 und 40841 EBM
- Phototherapeutische Keratektomie nach den GOP 31362, 31734, 31735 und 40680 EBM
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung nach den GOP 01950, 01951, 01952, 01955 und 01956 EBM
- Kostenpauschalen nach den GOP 40870 und 40872 EBM
- Telefonkosten nach der Nr. 80230 (§ 9 Abs. 2 HVM)
- 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 nach den GOP 40800 - 40808, 40810 - 40813, 40820 - 40822 EBM
- Neugeborenen-Hörscreening nach den GOP 01704 bis 01706 EBM
- Varicella-Zoster-Antikörper im Rahmen der Empfängnisregelung nach der GOP 01833 EBM
- Balneophototherapie nach der GOP 10350 EBM
- Leistungen der GOP 01425 und 01426 EBM (Erst- bzw. Folgeverordnung SAPV)
- Leistungen des Abschnitts 87.8 der Vergütungsvereinbarung MRSA

- Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) nach der Nr. 31824N
- Neuropsychologische Therapie nach den GOP 30930 bis 30937 EBM
- Genotypische Untersuchungen nach den GOP 32821 und 32822 EBM
- Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen

XIII. Die Anlage 2 wird in der Überschrift und im Satz 1 wie folgt neu gefasst:

**ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2013**

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV ermittelt und festgesetzt:

XIV. Die Anlage 3 wird wie folgt neu gefasst:

**ANLAGE 3
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2013**

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

Schritt 1 Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen sind die Vorgaben in Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (im Folgenden Vorgaben KBV genannt) bzw. ggf. dessen Anhang sowie Teil E der Vorgaben KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen in ihren jeweils gültigen Fassungen.

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

Im Anschluss daran wird das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

1) im hausärztlichen Versorgungsbereich 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
 - für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinne des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V

- c) die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- e) das Vergütungsvolumen 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,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
- g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- h) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
- i) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
- j) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- k) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
- l) das Vergütungsvolumen für 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 mit der Maßgabe, dass quartalsweise für die unter h) bis l) aufgeführten Volumina der jeweilige Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, abgesenkt um 10%, als jeweils eigenständige Kontingente geführt werden,
- m) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- n) 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) im fachärztlichen Versorgungsbereich 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
 - für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinne des § 103 Abs. 3a Satz 8 SGB V
- c) die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- d) die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- e) das Vergütungsvolumen 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,
- f) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01410, 01413 und 01415 EBM,
 - g) das Vergütungsvolumen für Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - h) das Vergütungsvolumen für die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind,
 - i) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,
 - j) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits nach Schritt 1 in Abzug gebracht worden sind,
 - k) das Vergütungsvolumen für Besuche nach den GOP 01411 und 01412 EBM,
 - l) das Vergütungsvolumen für schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM,
 - m) das Vergütungsvolumen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
 - n) das Vergütungsvolumen für die Excision nach den GOP 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - o) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - p) das Vergütungsvolumen für 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,
 - q) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage 1) erbracht wurden,
 - r) das Vergütungsvolumen für 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,
 - s) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 11 und nach den GOP 01837 sowie 08570 bis 08572 EBM, wobei das Volumen differenziert wird nach den GOP 11210 bis 11212, 11230 bis 11232, 01837, 08570 bis 08572 EBM einerseits und den übrigen Leistungen des Kapitels 11 EBM andererseits,
 - t) das Vergütungsvolumen für Leistungen des Kapitels 19 EBM,
 - u) das Vergütungsvolumen für Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - v) das Vergütungsvolumen für Leistungen der Polysomnographie (GOP 30901 EBM),
 - w) das Vergütungsvolumen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO – Leistungen)
- mit der Maßgabe, dass quartalsweise für die unter i) bis w) aufgeführten Volumina der jeweilige Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet, abgesenkt um 10%, als jeweils eigenständige Kontingente geführt werden,
- x) 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 die-

- se Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem im Abrechnungsquartal jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet und um 10% abgesenkt werden,
- y) 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 10% abgesenkt wird,
- z) 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,
- aa) 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 10% abgesenkt werden,
- bb) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage 1 benannten Kostenpauschalen auf Basis des Vorjahresquartals,
- cc) 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).

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 2 der Vorgaben KBV zu beachten.

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

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das bisher ermittelte Verteilungsvolumen wird versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 2 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert und mit dem gesamten RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs des jeweiligen Vorjahresquartals multipliziert.

Dieser arztgruppenspezifische Leistungsbedarf wird, sofern die Arztgruppe länger als 4 Quartale an Selektivverträgen teilnimmt, durch Addition des Selektiv-Leistungsbedarfes angepasst. Dieser ermittelt sich durch Multiplikation des durchschnittlichen Leistungsbedarfes je Patient mit der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale im Sinn von Anhang 1 zu dieser Anlage. Der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patient errechnet sich, indem der „bereinigte“ Leistungsbedarf des Vorjahresquartals im Sinn von Schritt 3, Abs. 1) erster Unterabsatz dividiert wird durch die „bereinigten“ RLV-relevanten Fälle des Vorjahresquartals im Sinn von Schritt 4.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

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

Innerhalb der jeweiligen 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 im Abrechnungsquartal sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert im fachärztlichen Versorgungsbereich bzw. bei den Neurologen und Nervenärzten mit dem jeweils geltenden regional vereinbarten Punktwert bewertet werden.

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.

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

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40%-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen 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. 2x)
- Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin wird das Volumen gemäß Schritt 2, Abs. 2y) zugeführt.

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

Von dem unter Schritt 2, Abs. 2aa) 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 0,1 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. 2aa) in Abzug gebrachte Volumen wird ebenfalls arztgruppenspezifisch den QZV-Vergütungsvolumina zugeführt.

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 bzw. § 25 Abs. 1 EKV die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä bzw. in § 25 Abs. 1b EKV 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 allerdings 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 werden die RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß dem Verhältnis der Häufigkeiten der abgerechneten arztgruppenspezifischen Grundpauschalen im Vorjahresquartal auf die jeweiligen Arztgruppen aufgeteilt und anschließend zu gleichen Anteilen, unter Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit des einzelnen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, auf die der jeweiligen Arztgruppe zugehörigen Ärzte verteilt.

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.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert.

Hiervon abweichend ermittelt sich der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert einer Arztgruppe, die länger als 4 Quartale an Selektivverträgen teilnimmt, indem das gemäß Schritt 3,

Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert wird. Die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle ergibt sich aus der Addition der nach Schritt 4 ermittelten Fälle und der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale im Sinn von Anhang 1 zu dieser Anlage.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV/QZV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen QZV-Fallwerte.

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 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 Abstaffelung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig 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.

2) Berechnung des QZV

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 2 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, 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 Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer bzw. nach therapeutischer Koronarangiografie sowie Duplex-Sonographie 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 BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten sowie der Addition der QZV einer Arztpraxis.

- XV.** Der Anhang 1 zu Anlage 3 erhält in der Überschrift sowie im ersten Absatz folgende Fassung:

ANHANG 1

zur ANLAGE 3 des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2013

Bildung der RLV und QZV für eine Arztgruppe, sofern einige Ärzte an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen

Nach Abzug des Bereinigungsbetrages für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche analog Anlage 3 Schritt 3, Abs. 2b) Satz 1 in die Vergütungsvolumina für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

- XVI.** Der letzte Absatz im Anhang 1 zur Anlage 3 wird ersatzlos gestrichen.
- XVII.** In der Anlage 4 wird bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin das QZV „Sonographie“ um den Klammerzusatz „(inkl. Hüftsonographie)“ ergänzt sowie das QZV „ADHS“ neu eingeführt.

Bei den Fachärzten für Orthopädie wird das QZV „Sonographie I“ ebenfalls um den Klammerzusatz „(inkl. Hüftsonographie)“ ergänzt.

Bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie werden folgende QZV eingeführt:
GOP 34275

GOP 33012
GOP 17362
GOP 17363
GOP 17320
GOP 17310, 17311, 17312, 17360
GOP 17371, 17372, 17373
GOP 17330, 17332
GOP 17331, 17333