

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 15. Mai 2012 folgende Beschlüsse:

Honorarverteilungsvertrag (HVV) wird Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Zuschläge für BAG

Der HVV/HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird in § 5 Abs. 3a) wie folgt gefasst:

3. Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a. Zuweisung RLV inklusive Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

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

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG – Teil-BAG ausgenommen – und Praxen mit angestellten Ärzten gilt folgendes mit der Maßgabe, dass, soweit auf den Kooperationsgrad bzw. die Anpassungsfaktoren abgestellt wird, sich diese auf der Grundlage von Teil D der Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 15. Dezember 2011 im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband ermitteln, sofern nachstehend nichts Abweichendes bestimmt ist:

- Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht.
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erreicht wird. Sofern dieser nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezoge-

ne Betrachtung der Praxis, wobei je Standort die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung findet.

- In fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht, wobei bei einem Kooperationsgrad von zehn Prozent oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von zehn Prozent sowie ggf. der Hälfte des über zehn Prozent hinausgehenden Faktors gewährt wird.
- In standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht, wobei bei einem Kooperationsgrad von zehn Prozent oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von zehn Prozent sowie ggf. der Hälfte des über zehn Prozent hinausgehenden Faktors gewährt wird. Sofern ein Kooperationsgrad nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene Betrachtung der Praxis. Dabei wird für fach- und schwerpunktübergreifende Standorte unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades des Standortes ggf. eine Erhöhung um den entsprechenden Anpassungsfaktor nach Maßgabe von Satz 1, letzter Halbsatz gewährt. Für fach- und schwerpunktgleiche Standorte findet die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung.

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

Die Zuweisung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. Ärzte erhalten ein QZV, sofern sie bereits eine der entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet haben. Ist eine Leistung im Vorjahresquartal nicht erbracht worden bzw. wurde von einer Genehmigung kein Gebrauch gemacht, erfolgt grundsätzlich keine Zuweisung eines entsprechenden QZV. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn

des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Zuweisung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinderungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im Vorjahresquartal – ausschließlich in diesem einen Quartal – nachweisbar entgegengestanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden. Die Anwendung der oben genannten Zuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

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

Antrag: HVM-Ausschuss

HVM-Änderungen ab 1. Oktober 2012

Der HVM-Ausschuss wird beauftragt, die Änderung des HVM so vorzubereiten, dass mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2012

- der bisherige „Verlustausgleich“ im Rahmen der Konvergenz am 30. Juni 2013 ausläuft und die bisherige Grenze von zehn Prozent auf 12,5 Prozent, für das 1. Quartal 2013 auf 15 Prozent und für das 2. Quartal 2013 auf 17,5 Prozent erhöht wird.

- bei den BAG-Zuschlägen nur noch eine Förderung von zehn Prozent vorgenommen wird. Der Kooperationsgrad hat keine Bedeutung mehr; es erfolgt nur noch eine Standortbetrachtung, die dann einen Zuschlag von generell zehn Prozent bei Vorliegen einer BAG auslöst.

Antrag: HVM-Ausschuss

Vergütungsbereiche und Selektivverträge

Der HWV/HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird in Anlage B3 Schritt 3 Abs. 2 für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis längstens 30. Juni 2013 wie folgt gefasst:

2. Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

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

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungs-

bereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,

- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen und für die praxisklinische Betreuung und Beobachtung gebildet auf Basis des jeweiligen Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2011, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26. März 2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u. a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten grundsätzlich auf das RLV und nicht auf die QZV berechnet werden, wird vereinbart, diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin ermittelt sich zu Lasten

des fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals bewertet mit dem Punktwert von 3,5048 Cent und abgesenkt um zehn Prozent.

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

b. Vergütungsbereiche für Regelleistungsvolumen (RLV) und QZV

Das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird sodann gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 jeweils auf die Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen 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 MGW-Bereinigerungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt; insoweit wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.

Den RLV-Verteilungsvolumen der Fachärzte für Frauenheilkunde wird im Rahmen der Konvergenzphase zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Differenz zugesetzt, die sich aus der Betrachtung der Anteile an den RLV-Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn die vorgenannten Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um zehn Prozent abgesenkt werden.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fach-

ärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40-prozentigen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach 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.

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt. Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um zehn Prozent abgesenkt, wobei das sich nach dieser Berechnungsweise zu Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 je Arztgruppe für die leistungsfallbezogenen QZV ergebende Differenzvolumen dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe zugeführt wird.

Im HVV/HVM der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird der Anhang 1 zur Anlage B3 für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis längstens 30. Juni 2013 wie folgt gefasst:

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 unter Zugrundelegung des sich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 ergebenden Faktors in die Vergütungsvolumen für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

Bei der weiteren Berechnung findet das bereinigte QZV-Verteilungsvolumen allerdings keine Berücksichtigung mehr; die arzt- und praxisbezogenen QZV-Fallwerte wer-

den ausschließlich nach Anlage B3 berechnet. Im Ergebnis verbleibt jeweils ein bereinigtes arztgruppenspezifisches RLV-Vergütungsvolumen.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die RLV-relevanten Fälle aller Ärzte abzüglich der Selektiv-Fälle der Ärzte dividiert, die im aktuellen Abrechnungsquartal an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen (sog. Selektiv-Ärzte), wobei sich die Selektiv-Fälle je Selektiv-Arzt bzw. Praxis mit Selektiv-Ärzten aus der Anzahl der im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten, die im Vorjahresquartal dort in Behandlung waren, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis und dividiert durch die Arztfälle der Praxis ergeben. Der sich aus der oben genannten Division ergebende Fallwert ist der bereinigte Fallwert.

Soweit dieser bereinigte Fallwert, der grundsätzlich für alle Ärzte herangezogen wird, den sich nach Anlage B3 Schritt 5 Abs. 1 ergebenden Fallwert (unbereinigter Fallwert) um einen Schwellenwert von 0,25 Euro unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (so genannte Kollektiv-Ärzte), der unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt.

In diesem Fall errechnet sich für die Selektiv-Ärzte ein Selektiv-Fallwert unter Berücksichtigung der von den Kollektiv-Ärzten nicht mehr zu tragenden Bereinigungssumme und wird als RLV-Fallwert für die Selektiv-Ärzte zu Grunde gelegt.

Die Höhe des RLV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1 mit der Maßgabe, dass der bereinigte Fallwert bzw. unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt wird. Die Höhe des QZV eines Kollektivarztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 2.

Die Höhe des RLV eines Selektiv-Arztes ergibt sich, indem der bereinigte Fallwert bzw. der Selektiv-Fallwert unter Anwendung der Abstaffelungsregelungen mit der RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal multipliziert wird und von diesem Ergebnis die Summe aus dem bereinigten Fallwert bzw. Selektiv-Fallwert multipliziert mit den Selektiv-Fällen des Selektiv-

Arztes in Abzug gebracht wird. Die Höhe des QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl (RLV-Fallzahl abzüglich Selektiv-Fälle) des Selektiv-Arztes. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arztes. Diese bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis

aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes 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.

Antrag: *HVM-Ausschuss*

RLV der „Selektiv-Ärzte“ korrigieren

Der Vorstand wird beauftragt – wenn die Regelung zu Selektivverträgen prospektiv ab 1. Juli 2012 beschlossen wurde (Antrag des HVM-Ausschusses) – die zurückliegenden Quartale seit 4/2011 derselben Regelung zu un-

terwerfen und die RLV der Selektiv-Ärzte auf dieser Basis rückwirkend zu korrigieren.

Antrag: *Dr. Dirk Mecking*

Weitere Themengebiete

Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung

1. Die VV der KV Nordrhein fordert für die Finanzierung der sich ausweitenden notwendigen psychotherapeutischen Versorgung eine gesetzliche Grundlage, um die stetig steigende Belastung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zu beseitigen.
2. Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert auf einen Gesetzgebungsvorschlag hinzuwirken, nach dem alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen sowie probatorische

Sitzungen und andere für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendige Leistungen spätestens mit Wirkung ab dem Jahr 2013 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden.

Antrag: *Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Friedrich Neitscher, Barbara Lubisch, Dr. Paul Dohmen, Bernhard Moors, Dr. Olrik Cardinal von Widdern, Dr. Heribert Joisten, Dr. Frank Bergmann*

Kein Online-Versichertenstammdatenmanagement

Kündigung der Vereinbarung zur „Elektronischen Gesundheitskarte“ (Anlage 4 a BMV-Ä und EKV) im Bundesmantelvertrag Ärzte 2008

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird aufgefordert, bei der künftigen Neuformulierung des Bundesmantelvertrages Ärzte die darin enthaltenen Regelungen zum Online-Versichertenstammdatenmanagement der elektronischen Gesundheitskarte zu streichen und eine

solche Änderung unverzüglich mit den Krankenkassen zu verhandeln. Die Bestimmungen, dass das Online-Versichertenstammdatenmanagement Voraussetzung zur Abrechenbarkeit von Leistungen sein sollen, sind ebenfalls zu streichen.

Antrag: *Wieland Dietrich, Dr. Ralph Krolewski, Dr. Peter Loula, Dr. Hans-Josef Wilhelmi, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Dr. Gerd Höveler*

2,3-facher GOÄ-Satz für Leistungen in Sonderverträgen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, zukünftig für Leistungen in Sonderverträgen, die Leistungen außerhalb der GKV-Regelversorgung beinhalten, ein Honorar orientiert an der entsprechenden GOÄ-Nummer mit Re-

gelsteigerungssatz von 2,3 anzustreben.

Antrag: *Wieland Dietrich, Dr. Peter Loula, Dr. Hans-Josef Wilhelmi, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Dr. Gerd Höveler*