

### Verwaltungskostensatz der KV Nordrhein

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2015 von **EUR 106.716.000,00**, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung in Höhe von **3,5 Prozent** des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-unterstützt vornehmen, zahlen **2,8 Prozent**.

Für Online-Abrechnungen mit digitaler Gesamtaufstellung unter Verwendung einer qualifizierten Signatur, wird ein Verwaltungskostensatz von **2,5 Prozent** erhoben.

Für Abrechnungen über eToken, KV SafeNet und / oder D2D gilt ein Verwaltungskostensatz von **2,7 Prozent**.

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

### Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 21.11.2014 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

**Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 10/2014, (Erscheinungsdatum 22.09.2014) Seite 62 ff. wird mit Wirkung zum 01.01.2015 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:**

**I.** In **§ 3** Abs. 1, Satz 4 sowie Abs. 3, Satz 2 wird der Begriff „Strukturzuschläge“ ersetzt durch die Begrifflichkeit „Struktur-/Förderzuschläge“.

**II.** Der **§ 7** Abs. 2a) erhält folgende Fassung:

„Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ grundsätzlich nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Hierbei werden die Notfalleleistungen innerhalb bzw. außerhalb der sich nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Organisationsplanes aufgrund der Notfalldienstordnung ergebenden Zeiten des organisierten ärztlichen Notfalldienstes aus den

hierfür nach Anlage 2, Schritt 1 gebildeten Kontingenten vergütet und zwar abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung, wenn die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall erfolgt die Vergütung jeweils mit einem Punktwert, der sich durch Division des gebildeten Kontingentes durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals errechnet. Die jeweilige Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung. Notfallleistungen der Krankenhäuser werden immer abzüglich des Investitionskostenabschlages von 10 % vergütet.“

**III.** Nach **§ 11** Abs. 1g) wird folgender neuer Gliederungspunkt eingefügt:

„h) der Abzug eines pauschalen Betrages, der sich infolge von Selektivverträgen mit situativer Einschreibung nach den jeweiligen MGV-Bereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt“.

Die weiteren Gliederungspunkte werden alphabetisch angepasst.

**IV.** Der **§ 12** erhält folgende Fassung:

#### „§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.01.2015 in Kraft.“

**V.** Die **Anlage 2, Schritt 1** erhält folgende Fassung:

#### „Schritt 1 Bestimmung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen ist die Festlegung sowie Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV). Die Ermittlung der Vergütungsvolumen erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Dabei werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- Laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“)
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“)
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)

sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für

- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)

- die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

Durch die Multiplikation mit der Zahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet wird, und weiteren Anpassungsvorgaben nach Teil B der Vorgaben KBV entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina.

Das Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ wird differenziert zwischen den Notfallleistungen innerhalb und außerhalb der sich nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Organisationsplanes aufgrund der Notfalldienstordnung ergebenden Zeiten des organisierten ärztlichen Notfalldienstes. Hierzu wird quartalsweise ein Trennungsfaktor ermittelt, der sich danach berechnet, dass der Leistungsbedarf außerhalb der Zeiten des jeweils gültigen Organisationsplanes aus den entsprechenden Quartalen IV/2011 bis III/2012, abgesenkt um 10%, dividiert wird durch den gesamten Leistungsbedarf im ärztlichen Bereitschaftsdienst aus den entsprechenden Quartalen IV/2011 bis III/2012. Das Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ multipliziert mit dem so ermittelten Trennungsfaktor ergibt das Vergütungsvolumen für Notfallleistungen außerhalb der Zeiten des jeweils gültigen Organisationsplanes. Die Differenz zum gesamten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ ergibt das Vergütungsvolumen für Notfallleistungen innerhalb der Zeiten des jeweils gültigen Organisationsplanes. Die Vergütungsvolumina werden jeweils als eigenständige Kontingente geführt.“

- VI. In Anlage 2** erhält **Schritt 2**, Abs. 1e) folgende Fassung:

„den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 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 ab dem Jahr 2014 zwischen den Vertragspartnern festgelegten Veränderungsraten mit der Maßgabe, dass das Volumen als eigenständiges Kontingent geführt wird.“

- VII. Die Anlage 2, Schritt 3**, Abs. 2b), Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen mit ex ante-Einschreibung 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.“

## Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 21.11.2014 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

**Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 10/2014, (Erscheinungsdatum 22.09.2014) Seite 62 ff. unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung in der Sitzung am 21.11.2014 mit Wirkung zum 01.01.2015 wird mit Wirkung zum 01.04.2015 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:**

- I. In § 5** Abs. 5 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„Die Annahme soll grundsätzlich bei Praxisverlegungen von Hausärzten außerhalb von 5 km Radius um die bisherige Praxis und bei Fachärzten von 20 km Radius angenommen werden.“

- II. Der § 6** erhält folgende Fassung:

### „§ 6 Härtefallregelungen

#### 1) Härteklausele

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 Fallzahlanstieg.

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. Die durchschnittliche arztgruppenspezifische Fallzahl ergibt sich 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. Für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden für das Vorliegen des 20%-Kriteriums die Arztdurchschnittswerte 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 Sicherstel-

lung 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.

### 2) Ausnahmen bei Praxisschließungen, Praxisverlegungen, in Fällen der eigenen Krankheit des Arztes, jeweils in besonderen Härtefällen

Das 20%-Kriterium findet in den folgenden Fällen keine Anwendung:

- bei eigener Krankheit des Arztes, wenn es sich um eine schwerwiegende und lang anhaltende Erkrankung handelt.
- bei Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20% Kriterium unzumutbar erscheint.
- bei Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20% Kriterium unzumutbar erscheint.

Bei positiver Beschlussfassung wird in den Fällen der eigenen Erkrankung des Arztes (1. Spiegelstrich) die Vorjahresfallzahl der Berechnung zugrunde gelegt. In den Fällen der Aufgabe einer Zulassung (2. Spiegelstrich) und der Verlegung einer Praxis (3. Spiegelstrich) wird die hierauf beruhende Fallzahlsteigerung gewährt, es sei denn, die Summe der Fallzahlsteigerungen aller betroffenen Praxen überschreitet die Fallzahl der aufgegebenen und/oder verlegten Praxis. In diesen Fällen wird die Fallzahlsteigerung jeder einzelnen betroffenen Praxis lediglich anteilig gewährt.“

III. Der § 12 erhält folgende Fassung:

### „§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.04.2015 in Kraft.“

IV. In **Anlage 2, Schritt 2**, Abs. 2f) erhält der erste Spiegelpunkt folgende Fassung:

„die GOP 13300 und 13301 für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie“

In **Anlage 2, Schritt 2**, Abs. 2f) wird der dritte Spiegelpunkt ersatzlos gestrichen.

V. Die **Anlage 2, Schritt 6**, Abs. 1 erhält folgende Fassung:

**„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 1 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.

Die Fälle der angestellten Ärzte i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugeordnet.

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.“

## VEREINBARUNG

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und  
Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Hoher Heckenweg 76 - 80, 48147 Münster

der Knappschaft  
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum

und  
den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

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

## über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2015

### § 1

#### Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.