

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, Wolfsburg, den 16.06.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Deutsche BKK

Dr. Martin Gröbner
Geschäftsbereichsleiter Versorgung

Gerhard Stein
Vorstand

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 26.06.2015 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

Der HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 1/2015 (Erscheinungsdatum 22.12.2014), Seite 65 ff wird mit Wirkung zum 01.10.2015 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

- I.** § 1 Abs. 2a) Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten leistungsgeliefert 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), die grundsätzlich für die Abrechnungslegung gelten, in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im offiziellen Veröffentlichungsorgan, zu erfolgen.“
- II.** In § 5 Abs. 4 wird nach Satz 4 folgender neuer Satz eingefügt:
„Sofern dann die Praxis in der Gesamtbetrachtung – mit Ausnahme der neu zugelassenen Ärzte nach Satz 1 – mit der aktuell abgerechneten Fallzahl unterhalb und/oder

gleich der mitgeteilten Fallzahl über das RLV/QZV bleibt, wird die aktuell abgerechnete Fallzahl der Praxis bei der Abrechnung zugrunde gelegt.“

- III.** § 7 Abs. 2f) erhält folgende Fassung:
„Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis e) und Abs. 2c) bis f) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, 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. Bei Teilnahme an einem Selektivvertrag mit situativer Einschreibung gelten die Vergütungsregelungen in Anhang 2 zur Anlage 2 sowie § 11 Abs. 1h). Die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen nach Abs. 1d), 2. Spiegelstrich und Abs. 2d), 7. Spiegelstrich 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. 2d), 8. Spiegelstrich gebildeten eigenständigen Kontingent.“
- IV.** § 10 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:
„Als Wegegeld wird außerhalb der MGV je Doppelkilometer gezahlt:
bei Besuchen/Visiten nach den GOP 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415, 01418 EBM
Euro 1,85
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N, 01418N
Euro 2,92
bei Besuchen nach den GOP 01410 und 01721 EBM
Euro 1,52.“
- V.** § 11 Abs. 1h) wird wie folgt neu gefasst:
„der Abzug eines pauschalen Betrages, der sich infolge von Selektivverträgen mit situativer Einschreibung u.a. nach den jeweiligen MGV-Bereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag ergibt (vgl. Anhang 2 zur Anlage 2)“

VI. § 12 erhält folgende neue Fassung:

**„§ 12
Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt zum 01.10.2015 in Kraft.“

VII. In der Anlage 2 wird der Einleitungssatz in Schritt 2 vor dem Abs. 1 wie folgt neu gefasst:

„Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich ergänzt um die Bereinigungsbeträge für Selektivverträge und ggf. anderes“

VIII. In der Anlage 2 erhalten Schritt 3 Abs. 1 und Abs. 2b) folgende neue Fassung:

„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 1 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 durch Addition des Selektiv-Leistungsbedarfs angepasst, sofern im Vorjahresquartal für die Arztgruppe eine Bereinigung für Selektivverträge u.a. durchgeführt worden ist, da nach Maßgabe der Anlage 2 die jeweiligen sog. Kollektivvertragsfallwerte berechnet werden. Für den Fall, dass Selektivverträge berücksichtigt werden müssen, wird versorgungsbereichsspezifisch auf den Anhang 1 bzw. den Anhang 2 zu dieser Anlage verwiesen.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

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.

Zulasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 60%-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.“

IX. In der Anlage 2 erhält Schritt 5 Abs. 1 folgende neue Fassung:

„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 - wobei das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen durch die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert wird, sofern für diese Arztgruppe im Vorjahresquartal eine Bereinigung für Selektivverträge u.a. durchgeführt worden ist - und ergibt den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert. Für den Fall, dass Selektivverträge berücksichtigt werden müssen, wird versorgungsbereichsspezifisch auf den Anhang 1 bzw. den Anhang 2 zu dieser Anlage verwiesen.“

X. In der Anlage 2 wird Schritt 6 Abs. 2 wie folgt neu gefasst: „Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 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, Phoniatrie und Pädaudiologie, Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie 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, den QZV Phlebologie sowie Sonographie III für die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie für die Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herz- und Neurochirurgie und Gefäßchirurgie und den QZV für die Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer bzw. nach therapeutischer Koronarangiografie sowie Duplex-Sonographie (GOP 01520 bzw. 01521 sowie 33070, 33072, 33073, 33075 und 33076 EBM) 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.“

XI. Der Anhang 1 zur Anlage 2 erhält folgende neue Fassung:

„ANHANG 1

**zur ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2015**

**Bildung der RLV und QZV für eine Arztgruppe,
sofern einige Ärzte an einem oder mehreren
Selektivverträgen mit ex-ante-Einschreibung
teilnehmen**

Vorspann

Sofern im Vorjahresquartal für die Arztgruppe eine Bereinigung für Selektivverträge u.a. durchgeführt worden ist, muss berücksichtigt werden, dass sich die RLV/QZV-Fallwerte nach Anlage 2 als sog. Kollektivvertragsfallwerte berechnen. Für eine sachgerechte Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen muss allerdings auch ein RLV/QZV-Fallwert berechnet werden, der den jeweiligen Bereinigungen Rechnung trägt.

Für die Berechnung des sog. Kollektivfallwertes ist in der Anlage 2 sowohl der arztgruppenspezifische Leistungsbedarf, als auch die arztgruppenspezifische Fallzahl angepasst worden.

Dieses ist dergestalt erfolgt, dass der Selektiv-Leistungsbedarf zum Leistungsbedarf addiert worden ist, der sich bei Selektivverträgen mit ex-ante-Einschreibung durch Multiplikation des durchschnittlichen Leistungsbedarfes je Patient mit der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale ergibt. Der durchschnittliche Leistungsbedarf je Patient errechnet sich, indem der „bereinigte“ Leistungsbedarf des Vorjahresquartals im Sinn von Schritt 3, Abs. 1) erster Unterabsatz zur Anlage 2 dividiert wird durch die „bereinigten“ RLV-relevanten Fälle des Vorjahresquartals im Sinne von Schritt 4 zur Anlage 2.

Für die Ermittlung des arztgruppenspezifischen RLV-Kollektivfallwertes einer Arztgruppe ist das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert worden. Die „unbereinigte“ Anzahl der RLV/QZV-Fälle ergibt sich aus der Addition der nach Schritt 4 zur Anlage 2 ermittelten Fälle und der Anzahl der sog. Selektiv-Fälle sämtlicher Vorjahresquartale.

Ermittlung der RLV-Selektivfallwerte

Die in Anlage 2 Schritt 2 versorgungsbereichsspezifisch zugeführten Bereinigungsbeträge, die sich als Bereinigungsbeträge für RLV- und/oder QZV-Leistungen darstellen, werden im Sinne des Schritt 3 Abs. 2b) der Anlage 2 in Abzug gebracht. Damit ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche analog Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b) Satz 1 in die Vergütungsvolumina 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 werden ausschließlich nach Anlage 2 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 o.g. Division ergebende Fallwert ist der bereinigte Fallwert.

Dieser bereinigte Fallwert (sog. Selektivfallwert) wird grundsätzlich für alle Ärzte einer an einem Selektivvertrag beteiligten Arztgruppe bei der RLV-Berechnung zugrunde gelegt, multipliziert bei Kollektiv-Ärzten mit der Fallzahl aus dem Vorjahresquartal bzw. bei Selektiv-Ärzten mit der um die Selektivfälle bereinigten Fallzahl aus dem Vorjahresquartal.

Lediglich in dem Fall, dass der arztgruppenspezifische Selektiv-Fallwert einen Schwellenwert von 0,25 € gegenüber dem Kollektiv-Fallwert unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (sog. Kollektiv-Ärzte), der unbereinigte Fallwert nach Anlage 2 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 QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl 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, die sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem

Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

Für Ärzte, bei denen die Regelungen nach § 5 Abs. 4 Anwendung finden, bleiben die Selektiv-Fälle unberücksichtigt.“

- XII.** Der Anhang 2 zur Anlage 2 wird neu hinzugefügt und erhält folgende Fassung:

„ANHANG 2

zur ANLAGE 2 des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2015

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

Sofern im Vorjahresquartal für die Arztgruppe eine Bereinigung für Selektivverträge u.a. durchgeführt worden

ist, muss berücksichtigt werden, dass sich die RLV/QZV-Fallwerte ausschließlich nach Anlage 2 berechnen. Hierfür wird sowohl der arztgruppenspezifische Leistungsbedarf, als auch die arztgruppenspezifische Fallzahl angepasst.

Da keine Anpassung der arztgruppenspezifischen Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV erfolgt, wird hinsichtlich der Honorierung auf die Regelung in § 11 Abs. 1h) HVM verwiesen. Danach wird das Honorar der Ärzte, die an einem oder mehreren Selektivverträgen mit situativer Einschreibung teilnehmen, aufgrund derer eine pauschale Bereinigung der MGV erfolgt, je Selektivvertrag mit situativer Einschreibung um einen pauschalen Betrag reduziert. Dieser pauschale Betrag ermittelt sich je Selektiv-Arzt durch Multiplikation des Gesamtbereinigungsbetrages für den jeweiligen Selektivvertrag mit seinem Anteil an der Gesamtzahl der Selektiv-Arztfälle infolge des Selektivvertrages im aktuellen Abrechnungsquartal.“

- XIII.** In der Anlage 3 wird für die Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie das QZV „Ergospirometrische Untersuchung“ eingeführt.

Rheinisches Ärzteblatt

Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein
und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

- **Herausgeber:**
Ärztekammer Nordrhein und
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- **Redaktion:**
Horst Schumacher (Chefredakteur)
Dr. Heiko Schmitz (verantw. für Beiträge der KV Nordrhein)
Karola Janke-Hoppe (Chefin vom Dienst)
Jürgen Brenn
Bülent Erdogan
Rainer Franke
Frank Naundorf
Sabine Schindler-Marlow
- **Redaktionsausschuss:**
Dr. med. Patricia Aden, Essen
Christa Bartels, Düren
Bernhard Brautmeier, Essen
Dr. med. Sven Christian Dreyer, Düsseldorf
Martin Grauduszus, Erkrath
Dr. med. Ivo Grebe, Aachen
Rudolf Henke, Aachen
Dr. med. Dagmar Hertel, Köln
Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg
Dr. med. Friedrich-Wilhelm Hülskamp, Essen
Dr. med. Wolfgang Klingler, Moers
Dr. med. Matthias Krick, Moers
Dr. med. Erich Theo Merholz, Solingen
Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur., Königswinter
Dr. med. Jürgen Zastrow, Köln
Bernd Zimmer, Wuppertal

- **Anschrift der Redaktion:**
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,
Postfach 30 01 42, 40401 Düsseldorf
Fernruf: 0211 4302-2010, -2011, -2020, -2013, -2012
Telefax: 0211 4302-2019
E-Mail: Rheinisches-Aerzteblatt@aekno.de
Internet: www.aekno.de

Offizielle Veröffentlichungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als Herausgeber des Rheinischen Ärzteblattes sind ausdrücklich als solche gekennzeichnet (Amtliche Bekanntmachungen). Mit anderen Buchstaben oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung der Schriftleitung wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden. Die Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn ein vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für die veröffentlichten Beiträge bleiben vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Schriftleitung.

- **Verlag, Vertrieb, Anzeigenverwaltung:**
WWF Verlagsgesellschaft mbH,
Postfach 18 31, 48257 Greven
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 02571 9376-30, Fax: 02571 9376-55
E-Mail: verlag@wwf-medien.de, www.wwf-medien.de
Geschäftsführer: Manfred Wessels

- **Druck:**
WWF Druck + Medien GmbH, Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 02571 9376-0, Fax: 02571 9376-50, www.wwf-medien.de
Ab Ausgabe 1/2015 ist die Anzeigenpreisliste Nr. 22 vom 1. Dezember 2014 gültig. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Bezugspreis jährlich 88,00 € einschließlich Zustellgebühr. Das Rheinische Ärzteblatt erscheint monatlich einmal, Anzeigenschluss ist am 10. des Vormonats.

ISSN: 0035-4481