

Freie Sitze im Rahmen der Quote für ärztliche Psychotherapeuten

Für die bei Redaktionsschluss noch freien Sitze für ärztliche Psychotherapeuten gelten keine Bewerbungsfristen. Die Vergabe dieser Sitze erfolgt nach der Reihenfolge des Antragsengangs.

PLANUNGSBEREICH:	25%-Quote Anzahl
Mönchengladbach, Stadt	7
Remscheid, Stadt	4
Solingen, Stadt	2
Wuppertal, Stadt	3

Freie Sitze im Rahmen der Quote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

Die bei Redaktionsschluss noch freien Sitze für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, können zwischenzeitlich ganz oder teilweise bereits besetzt sein.

PLANUNGSBEREICH:	20%-Quote Anzahl
Aachen, Stadt	1
Bonn, Stadt	2
Leverkusen, Stadt	0,5
Rhein-Kreis Neuss	1
Wuppertal, Stadt	1

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 15.05.2012 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

I.

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 incl. BAG-Zuschlägen und QZV

Die Zuweisung 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 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 15.12.2011 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 10% erhöht.
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um 10% erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird. Sofern dieser nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene 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 10% oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von 10% sowie ggf. der Hälfte des über 10% 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 10% oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von 10% sowie ggf. der Hälfte des über 10% 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 i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxis constellation 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 o.g. 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).

II. a)

Der HVV/HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird in Anlage B3 Schritt 3 Abs. 2 für die Zeit vom 01.07.2012 bis längstens 30.06.2013 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 Versorgungsbereich 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 ent-

sprechenden 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 26.03.2010 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 QZV abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen 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 10%.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einheiten 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 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 MGV - Bereinigungsverträgen 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 vg. Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um 10% abgesenkt werden.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40%-igen 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 10% 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.

II. b)

Im HVV/HVM der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird der Anhang 1 zur Anlage B3 für die Zeit vom 01.07.2012 bis längstens 30.06.2013 wie folgt gefasst:

Der Anhang 1 zur Anlage B3 erhält für die Zeit vom 01.07.2012 bis längstens 30.06.2013 folgende Fassung.

ANHANG 1

zur ANLAGE B3 zum Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab dem 01.07.2012

**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 werden 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 o.g. 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 € unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (sog. 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 zugrunde 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 Kollektiv-Arztes 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 Abstufungsregelungen 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-

tiv-Arzt. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arzt. Diese bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arzt 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.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben sich mit Wirkung zum 01. Juli 2012 auf die nachstehend aufgeführte Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ als Ergänzung zu den Bundesmantelverträgen verständigt.

Die nachstehend aufgeführte Vereinbarung ersetzt die bisherigen Übergangsregelungen vom 01.01.2010 über die Umsetzung der Onkologie-Vereinbarung nach Anlage 7 des Bundesmantelvertrages.

Anlage zum Gesamtvertrag

Vereinbarung

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

- einerseits -

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Essen

der **IKK classic**, Dresden

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW**, Münster

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK - Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

- andererseits -

zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)

Anmerkung:

Soweit in dieser Vereinbarung personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die als Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen (BMV) geschlossene Onkologie-Vereinbarung vom 01.01.2012 im Bereich der KV Nordrhein Anwendung findet.

Zur Aufrechterhaltung einer qualifizierten flächendeckenden ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in Nordrhein vereinbaren die Vertragspartner die folgenden abweichenden Übergangsregelungen, die ab 01.07.2012 gelten.

Diese Vereinbarung ersetzt die bisherige Protokollnotiz vom 01.01.2010 über die Umsetzung der Onkologievereinbarung.

Diese Regelungen gelten nicht für Vertragsärzte, die erstmalig an der Onkologievereinbarung teilnehmen oder kürzer als zwei Jahre zugelassen sind.

§ 2

Voraussetzungen zur Teilnahme

Die Regelungen in Anlage 7 BMV werden wie folgt modifiziert:

- (1) Der onkologisch qualifizierte und an der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein teilnehmende Arzt hat seine fach-