

# Rundschreiben zur Bekanntmachung nach § 25 der Satzung der KVWL

## Änderung der Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina (RLV-Vertrag) Quartale 2/2011 – 4/2011

Die regionale „Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage der regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit Regelleistungsvolumina“ in der Fassung vom 15.11.2010 (vgl. „Standpunkt“ Nr. 6/2010, S. 30 ff.) wird mit Wirkung zum 01.04.2011 wie folgt geändert (*die Änderungen sind in Fettdruck und kursiv wiedergegeben*).

### I. Ziffer 3.5 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug wird wie folgt ergänzt:

[...]

#### ***3.5.6 Vergütung und Steuerung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM***

***Haus- und Heimbefuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM werden nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 12 aus dem Vergütungsvolumen gemäß 4.1.2, neunter Spiegelstrich vergütet.***

### II. Ziffer 4.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen wird wie folgt ergänzt:

#### **4.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen**

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen ( $VV_{VB}^{RLV}$ ) gebildet

- Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der gemäß Ziffer 8 gebildeten Rückstellungen,
- unter Abzug des mit dem regional geltenden Orientierungspunktwert bewerteten Punktzahlvolumens 2008 für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM,
- unter Abzug des mit dem regional geltenden Orientierungspunktwert bewerteten Punktzahlvolumens 2008 für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- unter Abzug des Bereinigungsvolumens für selektivvertragliche Versorgung entsprechend der Vereinbarungen der Vertragspartner auf Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 und ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses **sowie**
- ***unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM gemäß Anlage 12.***

### **III. Absatz 4.2.1 Regelleistungsvolumen wird wie folgt ergänzt:**

#### **4.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)**

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 2 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 2 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes ( $FW_{AG}$ ) gemäß Anlage 7 und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal entsprechend Ziffer 3.6.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 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 teilzeittätigen Ärzten wird für die vorstehende Abstufungsregelung die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe mit dem Faktor, mit dem sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, multipliziert.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Vertragspartner.

***Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind findet die Fallzahlabstufung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.***

**IV. Ziffer 4.4 Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen und ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumina wird wie folgt ergänzt:**

**4.4 Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen und ggf. qualifikationsgebundene Zusatzvolumina**

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.6 kann die bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina zugrunde gelegte RLV-Fallzahl auf Antrag – beschränkt auf das Antragsquartal – im Nachhinein erhöht werden, wenn die Erhöhung auf einen der nachfolgenden Tatbestände zurückzuführen ist:

- a) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- b) Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- e) niedrigere RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal aufgrund eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt nicht verschuldeten Grundes. Hierzu zählt z. B. eine Krankheit des Arztes,
- f) niedrigere RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal wegen quartalsversetzten Urlaubs.
- g) ***der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß Ziffer 4.2.1, vierter Absatz – nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.***

Eine außergewöhnlich starke Erhöhung der RLV-Fallzahl nach Ziffer 3.6 liegt vor, wenn der arztgruppenspezifische Durchschnitt des Anstiegs der Behandlungsfälle um mehr als 15 Prozentpunkte überschritten wird. Zeiten von Urlaub, Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie einen Zeitraum – zusammenhängend – von mindestens vier Wochen überschreiten. Die Aufgabe einer Zulassung erfordert, dass die Praxis ohne Nachfolger – ggf. auch als Angestellter – fortgeführt wird.

- V. **Aufnahme der Anlage 12 zur Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM**

**Anlage 12**

**Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM**

1. **Die nachfolgenden Regelungen gelten ausschließlich für die Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413, 01415 EBM. Die Vergütungsregelungen für die dringenden Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01411 und 01412 - innerhalb des Regelleistungsvolumens - bleiben hiervon unberührt.**
2. **Die Besuche nach Ziffer 1 werden - vorbehaltlich der nachfolgenden Regelung - mit den Preisen der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die Menge der nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütenden Besuche für eine Praxis wird quartalsbezogen durch ein individuelles Versorgungsvolumen für Besuche begrenzt.**
3. **Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche für einen Arzt ergibt sich aus der Summe der Beträge, die sich durch Multiplikation der Abrechnungshäufigkeit der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem entsprechenden Vorjahresquartal mit den jeweils gültigen Preisen der Euro-Gebührenordnung ergeben.**
4. **Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche für eine Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der nach Ziffer 3 ermittelten Versorgungsvolumina der in der Arztpraxis tätigen Ärzte.**
5. **Sofern eine Arztpraxis das für sie zutreffende Honorarvolumen (Summe aus Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina) nicht ausschöpft, kann sie das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen des individuellen Versorgungsvolumens für Besuche ausfüllen. Das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche kann dagegen nicht mit anderen Leistungen aufgefüllt werden.**
6. **Überschreitet die Summe der Besuche einer Praxis das quartalsweise geltende individuelle Versorgungsvolumen für Besuche, werden die das Versorgungsvolumen überschreitenden Leistungen zu einem Anteil von 20 % vergütet.**
7. **Für neu zugelassene Ärzte entspricht das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, maximal aber dem durchschnittlichen Volumen der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal.**

8. **Bei Übernahme eines Vertragsarztsitzes kann abweichend von Ziffer 7 auf Antrag das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche des Vorgängers als Obergrenze zugrunde gelegt werden, soweit dies günstiger ist.**
9. **Für Ärzte im 5. - 12. Quartal nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit entspricht das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche der Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 aus dem aktuellen Abrechnungsquartal, falls diese höher ist als die des Vorjahresquartals, maximal aber dem durchschnittlichen Volumen der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Sofern die individuelle Leistungsanforderung des Vorjahresquartals bereits höher ist als das durchschnittliche Volumen der Arztgruppe, bildet diese das individuelle Versorgungsvolumen für Besuche.**

## **VI. Laufzeit**

**Die vorstehende Änderung tritt zum 01.04.2011 in Kraft.**

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, den 18.02.2011

Es folgen die Unterschriften der Vertragspartner

gez. Dr. Gerhard Nordmann

2. Vorsitzender der KVWL

Dortmund, 18.02.2011