

**Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs
der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
(HVM - KVWL)**

gültig ab 1. Juli 2013

Der Honorarverteilungsmaßstab der KVWL in der Fassung vom 16.02.2013 (s. Standpunkt 1/2012, S. 31 ff.) wird mit Wirkung zum 01.07.2013 wie folgt geändert (*die Änderungen sind in Fettdruck und kursiv wiedergegeben*).

I. Anlage 3 „Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2“ wird wie folgt geändert:

Anlage 3: Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Ziffer 3.2 bzw. Ziffer 4.2

1. Berechnung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (VV_{AG})

$$VV_{AG} = \frac{VV_{AG_BQ}^{RLV}}{VV_{VB_BQ}^{RLV}} * VV_{VB}^I - APT_{AG^I_2012} - Prob_{AG^{II}_2012}$$

$VV_{VB_BQ}^{RLV}$: Summe aller innerhalb des Versorgungsbereichs zugewiesenen RLV und QZV im jeweiligen Bezugsquartal 3/2011 - 2/2012 zuzüglich der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, der Leistungen nach Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

$VV_{AG_BQ}^{RLV}$: Summe aller zugewiesenen RLV und QZV einer Arztgruppe im jeweiligen Bezugsquartal 3/2011 - 2/2012 zuzüglich der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) bei nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, der Leistungen nach Ziffer 6 sowie ggf. der im Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V bereinigten Beträge

- AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1
- AG^I: Arztgruppen, die nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannt sind
- AG^{II}: in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannte Arztgruppen
- VV_{VB}: haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen gemäß Ziffer 3.1. bzw. Ziffer 4.1.
- VV_{VB}^I: VV_{VB} abzüglich des abgerechneten Leistungsbedarfs der GOP 35150 EBM der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderer ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien aus dem Vorjahresquartal bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013 **und abzüglich des ausgezahlten Vergütungsvolumens aus dem Vorjahresquartal für die Leistungen der Abschnitte 4.5.4, 13.3.6 EBM und die Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet wurden.**
- APT_{AG^I_2012}: abgerechneter Leistungsbedarf der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie (Abschnitt 35.2 EBM) bei nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013
- Prob_{AG^{II}_2012}: abgerechneter Leistungsbedarf der Probatorischen Sitzung (GOP 35150 EBM) bei den in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen im entsprechenden Quartal des Jahres 2012, bewertet mit dem regionalen Orientierungswert für 2013

Überproportionale Veränderungen der Zahl der abrechnenden Ärzte einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 können bei der Bemessung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina entsprechend berücksichtigt werden, sofern eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht.

2. Berücksichtigung von Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM durch Anpassungsfaktoren

Sachverhalt	Arztgruppe	Quartal	Anpassungsfaktor ¹
Einführung neuer Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 9 EBM	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1. Quartal	1,0406
		2. Quartal	1,0000
		3. und 4. Quartal	1,1120
Einführung der neuen Gebührenordnungsposition 06225 in das Kapitel 6 EBM	Augenärzte	1. - 4. Quartal	1,0901
Einführung der neuen Gebührenordnungspositionen 34504 und 34505 in das Kapitel 34 EBM	Radiologen und Nuklearmediziner	1. - 4. Quartal ²	0,905
Überführung der Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM in die extrabudgetäre Vergütung außerhalb der MGV	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	1. - 4. Quartal	0,1396

¹ bezogen auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina vor Anwendung der Regelung zum „Ausgleich überproportionaler Honorarverluste auf Arztgruppenebene“ nach Anlage 5 Nr. 3, RLV-Vertrag (bis 30.06.2012)

² Mit Wirkung der EBM-Änderung ab dem 01.04.2013

II. Anlage 11 „KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V“ wird wie folgt ergänzt:

Anlage 11: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- Bestandteil dieses HVM sind die Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung der Korrekturen vom 27.04.2012, 12.06.2012 und 14.08.2012 und 21.11.2012 und **16.05.2013** (Anhang).
- Künftige Änderungen der Vorgaben der KBV gelten - sofern sie keine Regelungsspielräume zulassen - unmittelbar für diesen HVM.

III. Anhang zu Anlage 11 „KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V“ wird wie folgt ergänzt:

Anhang zu Anlage 11: KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung zum 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012
verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 21. November 2012 **und 16. Mai 2013**
mit Wirkung vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: 21. November 2012)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: 16. Mai 2013)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2012)

[...]

Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen

mit Wirkung vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013

Die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs mit Wirkung vom 23. September 2011 bis zum 30. Juni 2013, beschlossen durch den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 15. Dezember 2011, geändert durch Beschlüsse vom 27. April 2012, vom 12. Juni 2012, vom 25. Juni 2012, vom 14. August 2012 sowie vom 21. November 2012, werden mit folgender Maßgabe mit Wirkung vom 1. Juli 2013 angepasst und bis zum 30. September 2013 fortgesetzt.

Aufnahme einer Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013 zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013¹.

- I. Ausdeckelung der nephrologischen Leistungen
 - a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist die Ausdeckelung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Versichertenpauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, zu berücksichtigen.
 - b) Der Abzug des gesamtvertraglich vereinbarten Ausdeckelungsbetrags für die in a) genannten Leistungen erfolgt nach der Trennung im jeweiligen Versorgungsbereich.
- II. Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung
 - a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist der aus der Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß dem o. g. Beschluss, Nr. 2, resultierende Betrag abzuziehen.
 - b) Die gemäß dem o. g. Beschluss Nr. 2 beschlossenen Beträge sind dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach Schritt 23.) des Anhangs zu Teil B zuzuführen.

¹ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB

[...]

IV. Inkrafttreten

Die vorstehende Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs tritt zum 01.07.2013 in Kraft.