

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

gültig ab 1. Juli 2015

Der Honorarverteilungsmaßstab der KVWL in der Fassung vom 05.09.2014 (siehe KVWLkompakt 9/2014, S. 21ff.), geändert am 13.12.2014 (s. KVWLkompakt 12/2014, S. 16 f.) wird mit Wirkung zum 01.07.2015 wie folgt geändert (*die Änderungen sind in Fettdruck und kursiv wiedergegeben*).

- I. Abschnitt II, Ziffer 3.1 „Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})“ wird wie folgt geändert:**

3.1 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})

Zur Bildung des hausärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB}) werden aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 2 - ggf. gemindert um den für einen Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V erforderlichen Betrag - als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V auf Basis des Vorjahresquartals
- b) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- c) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

- d) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM)

gemäß Anlage 9

[...]

II. Abschnitt II, Ziffer 4.2 „Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})“ wird wie folgt geändert:

4.2 Bildung von Vorwegabzügen zur Ermittlung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB})

Zur Bildung des fachärztlichen (versorgungsbereichsspezifischen) Verteilungsvolumens (VV_{VB}) werden aus dem angepassten fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Ziffer 4.1 als Vorwegabzug berücksichtigt:

- a) Rückstellungen nach Abschnitt III, Ziffer 2
- b) Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40
- c) Vergütung für die Haus- und Heimbefuche (GOP 01410, 01413, 01415 EBM)

gemäß Anlage 9

[...]

III. Abschnitt II, Ziffer 5.4 „Haus- und Heimbefuche“ wird wie folgt geändert:

5.4 Haus- und Heimbefuche

Haus- und Heimbefuche nach den GOP 01410, 01413, 01415 EBM werden je Versorgungsbereich nach Ziffer 3.1 d) bzw. 4.2 c) **~~nach Maßgabe der Regelungen in Anlage 9~~ mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.**

IV. Abschnitt II, Ziffer 7.5.2 „Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis“ wird wie folgt geändert:

7.5.2 Änderungen des Teilnahmestatus einer Praxis

Nimmt eine Praxis nicht das ganze Quartal als Einzelpraxis, in derselben personellen Zusammensetzung oder demselben Tätigkeitsumfang (im Folgenden „Teilnahmestatus“) an der vertragsärztliche Versorgung teil, wird das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus separat berechnet ~~– ggf. auch im Nachhinein –~~ und bildet die Grundlage für die Abrechnung des jeweiligen Zeitraums.

~~*Hierfür wird zunächst das Honorarvolumen für jeden Teilnahmestatus für das gesamte Quartal berechnet. Das so für jeden Teilnahmestatus ermittelte Honorarvolumen wird durch die Kalendertage des Quartals geteilt und mit der Zahl der Kalendertage, an denen die Praxis in dem (jeweiligen) Teilnahmestatus bestanden hat, multipliziert.*~~

Zunächst wird das für jeden Arzt nach Ziffer 7.4.5 ermittelte Honorarvolumen auf die einzelnen Teilnahmestatus der Praxis aufgeteilt. Dies erfolgt nach dem Anteil der Kalendertage im jeweiligen Teilnahmestatus an der Gesamtzahl der Kalendertage, an denen der Arzt in der Praxis insgesamt tätig war. Änderungen beim einzelnen Arzt (z. B. Fachgebietswechsel, eine Änderung des Tätigkeitsumfangs etc.) innerhalb des Quartals, die gegebenenfalls die Höhe des Honorarvolumens beeinflussen, werden berücksichtigt.

Diese für jeden Teilnahmestatus ermittelten Honorarvolumina der Ärzte einer Praxis werden zu einem Gesamthonorarvolumen der Praxis für das gesamte Quartal aufsummiert. Anschließend wird das so ermittelte Gesamthonorarvolumen der Praxis auf die einzelnen Teilnahmestatus der Praxis in dem Verhältnis aufgeteilt, wie es sich aus dem angeforderten Leistungsbedarf für honorarvolumenrelevante Leistungen des jeweiligen Teilnahmestatus am entspre-

chenden Leistungsbedarf der gesamten Praxis in dem aktuellen Abrechnungsquartal ergibt.

V. Abschnitt II, Ziffer 7.7 „Praxisbesonderheiten“ wird wie folgt geändert:

7.7 Praxisbesonderheiten

~~Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert für RLV- und QZV-relevante Leistungen – mit Ausnahme der Leistungen der volumenbezogenen QZV nach Anlage 6, Nr. 2.2.a) – der Arztgruppe beantragen. Anträge auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten sind spätestens bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist gegen den Abrechnungsbescheid des Quartals vorzulegen, für das sie beantragt werden. Der Antrag muss die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Als Praxisbesonderheit gilt eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die zur Deckung eines dauerhaften überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Hierzu muss in zumindest vier aufeinanderfolgenden Quartalen ein überdurchschnittlicher Bedarf nachgewiesen werden. Dieser liegt insbesondere vor, wenn die Leistungsanforderung einer Praxis nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung die durchschnittliche Leistungsanforderung der Arztgruppe um mindestens 30% überschreitet und der Anteil der die Praxisbesonderheit ausmachenden Leistungen an der Gesamtleistungsanforderung der Praxis mindestens 20% beträgt.~~

~~Der Vorstand der KVWL beurteilt nach pflichtgemäßem Ermessen im Einzelfall, ob eine Praxisbesonderheit vorliegt und in welchem Umfang sowie für welche Dauer Zuschläge zu gewähren sind.~~

- a) ~~Der Arzt kann die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Zur Begründung des Antrages muss der Arzt die Leistungen mit den~~

EBM-Gebührenordnungspositionen benennen, für die er die Anerkennung einer Praxisbesonderheit begehrt.

b) Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit setzt eine vom Durchschnitt der Fachgruppe abweichende, atypische Praxisausrichtung voraus, durch die dauerhaft ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf begründet wird. Eine atypische Praxisausrichtung setzt mindestens voraus, dass

- **die Gesamtleistungsanforderung des Arztes¹ für die Leistungen, die dem Honorarvolumen² zugeordnet sind, diejenige der Arztgruppe um mindestens 30% überschreitet und**
- **die Anforderung für die Leistungen, für die der Arzt die Anerkennung als Praxisbesonderheit beantragt hat, mindestens 20% seiner Gesamtleistungsanforderung beträgt.**

Für die vorgenannte Überprüfung werden jeweils die Abrechnungswerte des Antragstellers und der Arztgruppe fallwertbezogen aus einem vom Vorstand festgelegten Referenzzeitraum, der vier aufeinanderfolgende Quartale umfassen muss, gegenübergestellt.

Sofern der Antragsteller in allen Quartalen der Vergleichsbetrachtung die o. g. Voraussetzungen erfüllt, wird ihm im Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ein Zuschlag auf das Honorarvolumen² zukunftsgerichtet mit Wirkung ab dem Quartal, in dem er den Antrag gestellt hat, gewährt.

c) Steht für die Vergleichsbetrachtung i. S. v. Punkt b) noch nicht die erforderliche Anzahl von Abrechnungen des antragstellenden Arztes zur Verfügung, wird das Verfahren solange ausgesetzt, bis diese vorliegen. Abweichend von Punkt b) können Praxisbesonderheiten frühestens mit

¹ nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

² mit Ausnahme der Leistungen, die dem QZV nach Anlage 6 Nr. 2.2a HVM zugeordnet sind

Wirkung ab dem Quartal anerkannt werden, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind.

- d) **Die Anerkennung der Praxisbesonderheit wird regelhaft nach zwei Jahren, kann aber auch jederzeit überprüft werden. Liegen die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit nicht mehr vor, wird die Anerkennung ab der Feststellung widerrufen. Hat sich der Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten geändert, werden diese ab dem Quartal neu festgesetzt, in dem die Überprüfung stattgefunden hat.**
- e) Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit gemäß Abschnitt 4.4 EBM bzw. mit Erbringung von an eine Zusatzweiterbildung gebundenen Leistungen gemäß Abschnitt 4.5 EBM **kann können** das Regelleistungsvolumen und ggf. die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina auf Antrag entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden. **Gleiches gilt für andere im hausärztlichen Versorgungsbereich tätigen Vertragsärzte, wenn diese über eine Genehmigung zur Durchführung von dem Ausschluss nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V unterliegenden Leistungen verfügen.**
- f) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1 EBM) wird als Praxisbesonderheit von Amts wegen anerkannt.

VI. Abschnitt III, Ziffer 4 „Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V“ wird eingefügt:

- 4. Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gem. § 116b SGB V**

Im Falle einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im 2. Quartal 2015, 3. Quartal 2015 oder 4. Quartal 2015 aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V bleibt der Bereinigungsbetrag bei der Honorarverteilung unberücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Bereinigungsbeträge erfolgt in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2016 unter den Maßgaben des dann gültigen HVM.

VII. Abschnitt III, bisherige Ziffer 4 „Schlussbestimmungen“ wird zu Ziffer 5:

4.5. Schlussbestimmungen

- Das Nähere zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen regelt die KVWL in Abrechnungsrichtlinien. Die bisherigen Abrechnungsrichtlinien gelten unter Beachtung der aktuellen Rechtslage fort. Diese Richtlinien sind für alle an der Honorarverteilung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich.
- Der Vorstand der KVWL regelt in Durchführungsbestimmungen ergänzende Einzelheiten zu Abschnitt II, Ziffern 7.4.4, 7.7, 7.8, Anlage 3, Nr. 1 und Anlage 6, Nr. 2.2.

VIII. Anlage 8 „Vergütung im Organisierten Notfalldienst“ wird wie folgt geändert:

Anlage 8: Vergütung im Organisierten Notfalldienst

Die Leistungen im Organisierten Notfalldienst werden - ***vorbehaltlich der nachstehenden Regelungen*** - mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Für die Wahrnehmung des organisierten Notfalldienstes im Rahmen des Fahrdienstes (nach der gemeinsamen Notfalldienstordnung der KVWL und ÄKWL) erhält ein Arzt je eingeteilter Dienst Einheit ein Mindesthonorar, das sich errechnet aus der Anzahl der Stunden der jeweiligen Dienst Einheit multipliziert mit einem Betrag von 35 Euro. Liegt die Vergütung für die in der Dienst Einheit insgesamt erbrachten und abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen (ohne Wegegebühren) unterhalb dieser Grenze, wird sein Honorar für diese Dienst Einheit auf das Mindesthonorar nach Satz 2 angehoben.

Für die Vergütung der Besuche im Organisierten Notfalldienst nach der GOP 01418 EBM wird ein Vergütungsvolumen gebildet, welches sich aus der Leistungshäufigkeit der Besuche aus dem entsprechenden Quartal des Zeitraums 1/14 – 4/14 bewertet mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ergibt.

Übersteigt das angeforderte Leistungsvolumen in Euro das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen, werden die Leistungen gleichmäßig an alle Leistungserbringer quotiert vergütet in dem Verhältnis, das sich aus der Gegenüberstellung des Vergütungsvolumens zum Anforderungsvolumen ergibt.

<p>IX. Anlage 9 „Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM“ entfällt.</p>

~~Anlage 9: Vergütung der Besuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM - nicht besetzt –~~

~~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 entspricht seiner Leistungsanforderung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415 EBM aus dem entsprechenden Vorjahresquartal.~~
- ~~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 EBM 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 EBM 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.~~