

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 24.03.2023
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.04.2023 –**

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 24.03.2023 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 25.11.2022 wird wie folgt modifiziert:

I. **§ 1 Abs. 6a)** erhält folgende neue Fassung:

„6a) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d. h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen BSNR abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der BSNR/NBSNR des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene BSNR/NBSNR zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle BSNR/NBSNR für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden; außerdem hat die Abgabe der Abrechnung dieser Leistungen durch die betreffende Notfallpraxis unter dieser speziellen BSNR/NBSNR zu erfolgen, sobald diese die technischen Voraussetzungen hierfür erfüllt; das sich ergebende Honorar wird entsprechend der Abrechnung zwischen den zum Notdienst eingeteilten Praxen aufgeteilt und in deren Quartalskonto-/Abrechnungsbescheiden, differenziert nach LANR, ausgewiesen.

Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen BSNR abzurechnen.“

II. **§ 7 Abs. 2e) Satz 1** erhält folgende neue Fassung:

„Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis e), Abs. 1i) und Abs. 2c) bis e), Abs. 2i) und Abs. 2j) 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.“

III. § 12 erhält folgende neue Fassung:

**„§ 12
Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt am 01.04.2023 in Kraft. Die Regelungen zur sog. Infektionssprechstunde in Anlage 2 Schritt 2 und Anhang 2 zur Anlage 2 gelten bis zum 30.06.2023. Die Regelung zur GOP 08315 EBM in § 7 Abs. 2e) und in Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) tritt zum 01.01.2023 in Kraft. Die Regelungen zur GOP 01110 EBM in § 7 Abs. 2e) und in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1i) und Abs. 2j) treten zum 01.10.2022 in Kraft und gelten bis zum 31.03.2023.“

IV. In Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1 wird ein neuer Unterabsatz angefügt:

„i) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen nach der GOP 01110 EBM, gebildet für das Quartal IV/2022 in Höhe von 60 % bzw. für das Quartal I/2023 in Höhe von 40 % des (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 633. Sitzung) auf den KV-Bezirk Nordrhein entfallenden Erhöhungsbetrages der MGV, multipliziert mit dem auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil am gesamten Abrechnungsvolumen der GOP 01110 EBM des jeweiligen Abrechnungsquartals.
Nicht ausgeschöpfte Finanzmittel des Quartals IV/2022 werden in das Kontingent für das Quartal I/2023 übertragen.“

V. In Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2 wird ein neuer Unterabsatz angefügt:

„j) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen nach der GOP 01110 EBM, gebildet für das Quartal IV/2022 in Höhe von 60 % bzw. für das Quartal I/2023 in Höhe von 40 % des (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 633. Sitzung) auf den KV-Bezirk Nordrhein entfallenden Erhöhungsbetrages der MGV, multipliziert mit dem auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil am gesamten Abrechnungsvolumen der GOP 01110 EBM des jeweiligen Abrechnungsquartals.
Nicht ausgeschöpfte Finanzmittel des Quartals IV/2022 werden in das Kontingent für das Quartal I/2023 übertragen.“

VI. In Anlage 2 Schritt 3 erhält Abs. 2a) folgende neue Fassung:

„2a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Das Verteilungsvolumen der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird erhöht um den in

Abs. 1 Satz 1 genannten Betrag für Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM.
Hiernach wird innerhalb des vorgenannten hausärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ein eigenständiges Kontingent für diese Leistungen in Höhe des Erhöhungsbetrages gebildet.

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM,
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM,
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34492 EBM

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals gebildet und mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert, der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals errechnet, bewertet werden.

Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie wird für die GOP 13577 EBM ein eigenständiges Kontingent in Höhe des nach Maßgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 506. Sitzung, Teil B, Ziff. 2 – ausschließlich unter Berücksichtigung der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 13571, 13573 und 13575 EBM einschließlich Suffices der vorgenannten Arztgruppe – errechneten Erhöhungsbetrages, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV, gebildet.

Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Frauenheilkunde und der Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wird für die GOP 08315 EBM jeweils ein eigenständiges Kontingent geführt, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %. In den Quartalen I/2023 bis IV/2023 wird zur Bildung des Kontingentes der Leistungsbedarf der GOP 19331 EBM des jeweiligen Vorjahresquartals herangezogen.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, 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 und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (Schritt 6, Abs. 3), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb

werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2b) 2. Spiegelstrich erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Innerhalb der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina der Fachärzte für Orthopädie und der Fachärzte für Chirurgie werden zur Erstattung der Sachkosten gemäß § 9 Abs. 2 jeweils Anteile in Höhe der zu erwartenden Zahlungen gebildet.“

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 27.03.2023

gez.
Dr. med. Jens Wasserberg
Vorsitzender
der Vertreterversammlung

gez.
Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender