

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 30.11.2018
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.01.2019 –**

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 30.11.2018 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 27.04.2018 wird mit Wirkung zum 01.01.2019 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:

I. **§ 1** Abs. 3) erhält folgende neue Fassung:

„3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung für die Ermittlung der arztbezogenen RLV-Fallzahl und dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.“

II. **§ 1** Abs. 4) erhält folgende neue Fassung:

„4) Sammelerklärung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Sammelerklärung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Sammelerklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. Leitenden Arztes erforderlich. Im Falle dessen kurzfristiger Verhinderung ist die Unterzeichnung durch einen stellvertretenden ärztlichen Leiter im Einzelfall zulässig, wenn dieser bereits im Vorfeld durch den Betreiber des MVZ gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein schriftlich benannt worden ist. Im Falle einer kooperativen Leitung des MVZ gilt Satz 4 entsprechend. Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen BSNR/NBSNR für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in einer vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zugelassenen elektronischen Form abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.“

III. **§ 3** Abs. 1) erhält folgende neue Fassung:

„1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem regional vereinbarten Punktwert multipliziert werden. Dieser regionale Punktwert wird von den Partnern der Gesamtverträge grundsätzlich in Höhe des Orientierungswertes vereinbart, sodass als regionale Gebührenordnung grundsätzlich die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung gilt. Zusätzlich werden Struktur-/Förderzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

Im Weiteren werden - entsprechend Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV) - Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung an anerkannte Praxisnetze unter den Voraussetzungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Förderung von Praxisnetzen vorgenommen.“

IV. **§ 7** Abs. 1) erhält folgende neue Fassung:

„1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

Die das RLV und ggf. QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2% nach Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1a) bzw. Abs. 2a) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 7,5 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden BAG/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am RLV/QZV-relevanten Leistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.“

V. **§ 7** Abs. 2e) erhält folgende neue Fassung:

„e) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) und 2c) benannten psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.“

VI. **§ 7** Abs. 2h) erhält folgende neue Fassung:

„h) Die Vergütung der gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.“

VII. Dem **§ 11** Abs. 1) wird folgender Buchstabe angefügt:

„j) finanzielle Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V.“

VIII. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

„§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.01.2019 in Kraft.“

IX. In **Anlage 2 Schritt 2** erhält Abs. 1c) folgende neue Fassung:

„c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für

- nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht in Anlage 3 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
- Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
- die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
- Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
- EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,“

X. In **Anlage 2 Schritt 2** erhält Abs. 2c) folgende neue Fassung:

„c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, mithin für

- nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte mit Ausnahme der GOP 22220 und 23220 EBM, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind, auf Basis des Vorjahresquartals,
- Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
- die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
- Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
- die GOP 01320 für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
- Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
- ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
- die Laborgrundpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM,
- EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,“

XI. In **Anlage 2 Schritt 2** erhält Abs. 2e) folgende neue Fassung:

„e) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert, für

- Leistungen der Fachärzte für Humangenetik, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
- die psychotherapeutischen Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 EBM, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,“

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 13.12.2018

gez.
Bernd Zimmer
Vorsitzender
der Vertreterversammlung

gez.
Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender