

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 08.09.2023
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.10.2023 –**

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 08.09.2023 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 24.03.2023 wird wie folgt modifiziert:

I. In § 7 Abs. 2b) erhält der letzte Satz folgende neue Fassung:

„Die Vergütung der GOP des Grundbetrages „Labor“ erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 7, Satz 1 der Vorgaben KBV und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.“

II. In § 7 Abs. 2e) erhält der erste Satz folgende neue Fassung:

„Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis e), Abs. 2c) bis e) und Abs. 2i) 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. In § 7 Abs. 2i) erhält der letzte Satz folgende neue Fassung:

„Die Vergütung der betroffenen GOP erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 7, Satz 1 der Vorgaben KBV und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.“

IV. § 7 Abs. 2) wird ergänzt um:

„j) Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Kinder- und Jugendärzte“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.“

und

„k) Die ggf. vorhandenen Finanzmittel im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ werden an die Leistungen aus dem Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ abrechnenden Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3b Satz 5 SGB V ausgezahlt.“

V. In § 7 Abs. 4) wird der letzte Satz durch folgende Fassung ersetzt:

„Im Falle eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Kinder- und Jugendärzte“ wird der Ausgleichbetrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung ermittelt und den

Krankenkassen in Rechnung gestellt. Bei Feststellung eines Überschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Kinder- und Jugendärzte“ werden die vorhandenen Finanzmittel an die Leistungen aus diesem Grundbetrag abrechnenden Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge nach § 87a Abs. 3b Satz 3 SGB V ausgezahlt.“

VI. In **§ 9 Abs. 2)** wird nach Satz 4 der folgende neue Satz eingefügt:

„Dabei können Rechnungen auch in digitaler Form eingereicht werden (z. B. pdf-Format).“

VII. **§ 10 Abs. 1)** erhält folgende neue Fassung:

„1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,45 bei Tag und Euro 2,65 bei Nacht außerhalb der MGV.“

VIII. **§ 10 Abs. 5)** erhält folgende neue Fassung:

„5) Als Wegegeld wird außerhalb der MGV je Doppelkilometer gezahlt:
bei Besuchen/Visiten nach den GOP 01411, 01412, 01414 + 01100,
01414 + 01101, 01415, 01418 EBM Euro 2,04
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N,
01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N, 01418N Euro 3,21
bei Besuchen nach den GOP 01410 und 01721 EBM Euro 1,67.“

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

„§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt am 01.10.2023 in Kraft. Die Anpassungen der Wegepauschalen und Wegegelder in § 10 Abs. 1 und 5 treten zum 01.01.2023 in Kraft. Die Streichung der RLV-/QZV-Arztgruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100 % kinder-kardiologisch tätig sind, und der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Anlage 1 und Anlage 3 und die Streichung von Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b) letzter Satz sowie die weiteren Regelungen zur „Entbudgetierung“ dieser Arztgruppen in § 7 Abs. 2j), Abs. 2k) und Abs. 4 letzter Satz, Anlage 2 Schritt 1, Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1d) erster Spiegelpunkt und Abs. 2d) letzter Spiegelpunkt treten zum 01.04.2023 in Kraft.“

X. **Anlage 1** erhält folgende neue Fassung:

„ANLAGE 1 des HVM mit Wirkung ab dem 01.04.2023

RLV/QZV-Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV ermittelt und festgesetzt:

Arztgruppen, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören:
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Arztgruppen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören:
Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde
Fachärzte für Neurologie
Fachärzte für Nuklearmedizin
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachärzte für Diagnostische Radiologie
Fachärzte für Urologie“

XI. In Anlage 2 Schritt 1 erhalten die Sätze 2 und 3 folgende neue Fassung:

„Die Ermittlung der beiden Vergütungsvolumina erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Hiernach werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (Grundbetrag „Labor“)
- alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“)
- die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM (Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“)

- Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“)
 - den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
 - den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)
- sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für
- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)
 - die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

XII. In Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) wird der letzte Spiegelpunkt ersatzlos gestrichen.

XIII. In Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1d) wird als erster Spiegelpunkt eingefügt:

- ”
- Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, soweit die Leistungen nicht innerhalb des Grundbetrages „Kinder- und Jugendärzte“ sowie nicht aus nachfolgenden Vergütungsvolumina vergütet werden,“

XIV. In Anlage 2 Schritt 2 erhält Abs. 1h) folgende neue Fassung:

„h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ für die Quartale II/2018 bis I/2019 in den hausärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.“

XV. In Anlage 2 Schritt 2 entfällt Abs. 1i) ersatzlos.

XVI. In Anlage 2 Schritt 2 Abs. 2c) wird der letzte Spiegelpunkt ersatzlos gestrichen.

XVII. In Anlage 2 Schritt 2 Abs. 2d) erhält der erste Spiegelpunkt folgende neue Fassung:

- ”
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie,“

XVIII. In Anlage 2 Schritt 2 Abs. 2d) wird folgender Spiegelpunkt angefügt:

- ”
- Leistungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV sowie nicht aus nachfolgenden Vergütungsvolumina vergütet werden,“

XIX. In Anlage 2 Schritt 2 erhält Abs. 2h) folgende neue Fassung:

“h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ für die Quartale II/2018 bis I/2019 in den fachärztlichen Grundbetrag überführten

Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV,”

XX. In **Anlage 2 Schritt 2** wird **Abs. 2j)** ersatzlos gestrichen.

XXI. In **Anlage 2 Schritt 3** erhält **Abs. 1)** folgende neue Fassung:

”

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das nach Schritt 2 je Versorgungsbereich ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert – wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktoren (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage, der in seiner jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, multipliziert wird – und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert. Ob eine Leistung RLV-/QZV-relevant ist, richtet sich immer nach den Verhältnissen im aktuellen Abrechnungsquartal.“

XXII. In **Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a)** werden die Sätze 1 und 2 durch folgenden Satz ersetzt:

„Innerhalb des Verteilungsvolumens der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinen Internisten, Praktischen Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird ein eigenständiges Kontingent für Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in Höhe des nach Maßgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung festgelegten Betrages für die Überführung dieser Leistungen in die MGV, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV, gebildet.“

XXIII. In **Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)** wird Satz 2 ersatzlos gestrichen.

XXIV. In **Anlage 2 Schritt 4** erhält Satz 3 folgende neue Fassung:

“Von den RLV-relevanten Fällen sind allerdings ausgenommen

- Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und
- Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, oder in denen neben diesen lediglich

Hygienezuschläge gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 74. Sitzung am 17. November 2021 abgerechnet werden.“

XXV. In **Anlage 2 Schritt 5** erhält **Abs. 1)** folgende neue Fassung:

“1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische RLV-Vergütungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert. Für die Arztgruppen „Fachärzte für Nervenheilkunde“ und „Fachärzte für Neurologie“ findet diese Berechnung mit der Maßgabe statt, dass jeweils die Summe aus deren RLV-Vergütungsvolumina und RLV-Fallzahlen zugrunde gelegt wird.“

XXVI. In **Anlage 2 Schritt 6, Abs. 2b)** wird der erste Unterabsatz wie folgt neu gefasst:

„Hierbei erfolgt die Zuordnung des RLV-Fallwertes der Arztgruppe gemäß Anlage 1 grundsätzlich nach dem Gebiet der Zulassung unter Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit bzw. Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung gemäß der achten und neunten Ziffer der Arztnummer (LANR) laut Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe. Für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, erfolgt die Zuordnung nach Maßgabe von Satz 1 je Fachgebiet.“

XXVII. In **Anlage 2 Schritt 6** erhält **Abs. 3)** folgende neue Fassung:

3) Berechnung des QZV

Jeder Arzt einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen erhält ein oder mehrere QZV, die nach Anlage 3 zu diesem HVM für seine Arztgruppe bestimmt sind, sofern nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im aktuellen Abrechnungsquartal anerkannt wird.

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen rechnerischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes.

Hinsichtlich der Zuordnung des QZV-Fallwertes der Arztgruppe gemäß Anlage 1 finden die Regelungen zur Zuordnung des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes gemäß Abs. 2b) Sätze 1 und 2 entsprechende Anwendung.

Die QZV werden gemäß Anlage 3 zu diesem HVM entweder leistungs- oder behandlungsfallbezogen gebildet. Sofern ein QZV behandlungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes seiner zur Berechnung des RLV verwendeten RLV-Fallzahl. Wenn ein QZV leistungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes der gemäß Schritt 4 ermittelten Anzahl der Leistungsfälle.

Dabei werden die Leistungsfälle eines angestellten Arztes i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dem anstellenden Arztes zugerechnet; entsprechendes gilt für die Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

Die Anwendung des Kooperationszuschlages erfolgt nicht auf die QZV.“

XXVIII. Anhang 2 zur Anlage 2 entfällt ersatzlos.

XXIX. In Anlage 3 werden sämtliche QZV der „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin“ und der „Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ ersatzlos gestrichen.

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 08.09.2023

gez.
Dr. med. Jens Wasserberg
Vorsitzender
der Vertreterversammlung

gez.
Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender