

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 10.06.2022  
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)  
– Änderung des HVM mit Wirkung zum 01.07.2022 –**

## Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 10.06.2022 folgende Änderungen des HVM beschlossen:

Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 25.03.2022 wird wie folgt modifiziert:

- I. **§ 9** erhält folgende neue Fassung:

### “§ 9 Erstattung von Kosten

- 1) Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, nicht über Kostenpauschalen oder anderweitige Regelungen abgegolten werden und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 6 BMV-Ä in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbart haben.
- 2) Die Sachkosten für Meniskusrefixationssysteme (lediglich im Hinterhorn oder in intermediären Bereichen) sowie Fadentransportsysteme bei orthopädischen und neuro-/chirurgischen Eingriffen werden über folgende Symbolnummern (SNR) abgerechnet:

| SNR   | Beschreibung               | Höchstpreis<br>je Eingriff |
|-------|----------------------------|----------------------------|
| 99400 | Meniskusrefixationssysteme | 349,00 Euro                |
| 99401 | Fadentransportsysteme      | 167,00 Euro                |

Hinsichtlich der Abrechnung gelten grundsätzlich die Regelungen für die Kosten gemäß Abs. 1 entsprechend. Die Abrechnung der SNR setzt insbesondere eine entsprechende OPS-Codierung voraus. Ferner sind die Originalrechnungen einzureichen. Eine Erstattung erfolgt bis zu den in der Tabelle ausgewiesenen Höchstpreisen.

Die Regelungen dieses Abs. 2 treten spätestens außer Kraft, sobald und unabhängig von ihrem Ergebnis die Partner der Gesamtverträge, der (Erweiterte) Bewertungsausschuss oder die Partner der Bundesmantelverträge eine Entscheidung über die Abgeltung/Erstattung der genannten Sachkosten treffen, z. B. Entscheidung für oder gegen die Anpassung/Erweiterung der EBM-Kostenpauschalen, insbesondere der GOP 40750, 40752, 40754 EBM durch Nicht-/Berücksichtigung dieser Sachkosten, Neuordnung des Ambulanten Operierens und der damit zusammenhängenden Sachkosten.“

- II. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

**“§ 12  
Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt am 01.07.2022 in Kraft. Die Regelungen zur sog. Infektionssprechstunde in Anlage 2 Schritt 2 und Anhang 2 zur Anlage 2 gelten bis zum 31.12.2022.“

- III. **Anlage 2** Schritt 3 erhält folgende neue Fassung:

**„Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV-/QZV-Verteilungsvolumen**

**1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen**

Das nach Schritt 2 je Versorgungsbereich ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird – im hausärztlichen Versorgungsbereich zunächst gemindert um den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung festgelegten Betrag für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV – 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 im hausärztlichen Versorgungsbereich der Leistungsbedarf der GOP 03060 bis 03065 EBM jeweils unberücksichtigt bleibt – und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert.

**2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche**

Für diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes:

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

Das Verteilungsvolumen der Fachärzte für Innere und 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.

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.

**b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV**

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird, zu Grunde gelegt wird.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das auf den 60 %-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM entfallende Vergütungsvolumen, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

**IV. Anhang 2 zur Anlage 2 erhält folgende neue Fassung:**

**„ANHANG 2**

**zur ANLAGE 2**

**des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2022**

**Infektionssprechstunden zur Behandlung von symptomatischen Corona-Patienten**

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und Strukturen während der sog. Corona-Pandemie sowie zur Abwehr einer weiteren Verbreitung von Covid-19 gilt es Patientengruppen mit und ohne Covid-19 Symptomen konsequent zu trennen. Dies soll durch die Einrichtung gesonderter Infektionssprechstunden zur Behandlung von symptomatischen Corona-Patienten (Patienten, die aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 mit der Symbolnummer (SNR) 88240 oder 99240 gekennzeichnet sind) erreicht werden. Zur Förderung der Einrichtung dieser Infektionssprechstunden erfolgt eine zusätzliche Vergütung nach den folgenden Symbolnummern:

| <b>Symbolnummer</b> | <b>Beschreibung</b>  | <b>Bewertung</b> |
|---------------------|--|------------------|
| SNR 97150           | Zusatzpauschale zur Versicherten- oder Grundpauschale, wenn die Behandlung eines Corona-Patienten im Rahmen einer räumlich und/oder zeitlich getrennten Infektionssprechstunde an einem Werktag (außer Samstag) erfolgt.<br><b>Einmal im Behandlungsfall</b> | 10 Euro          |

|           |  |         |
|-----------|--|---------|
| SNR 97151 | Zusatzpauschale zur Versicherten- oder Grundpauschale, wenn die Behandlung eines Corona-Patienten im Rahmen einer räumlich und/oder zeitlich getrennten Infektionssprechstunde an einem Samstag erfolgt.<br><b>Einmal im Behandlungsfall</b> | 15 Euro |
|-----------|--|---------|

Die SNR 97150 und 97151 sind nur abrechnungsfähig, wenn die Praxis insgesamt mindestens 20 Corona-Patienten im Quartal behandelt.

Die SNR 97150 und 97151 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

Die SNR 97150 und 97151 sind im Rahmen des organisierten Notfalldienstes nicht berechnungsfähig.“

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 10.06.2022

gez.  
Bernd Zimmer  
Vorsitzender  
der Vertreterversammlung

gez.  
Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender