

**Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 24.11.2017  
zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 01.01.2018**

## **Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 24.11.2017 unter Beibehaltung des HVM im Übrigen folgende Änderungen beschlossen:

**Der HVM in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 25.11.2016 wird mit Wirkung zum 01.01.2018 in den nachfolgend benannten Regelungen wie folgt modifiziert:**

I. **§ 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/Ärztinnen zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit entsprechender qualifizierter Signatur abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.“

II. In **§ 5** wird folgender neuer Abs. 6) eingefügt:

”

### **6) Regelungen bei Beschlüssen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V**

Für Ärzte einer von einem Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V betroffenen Arztgruppe des hausärztlichen Versorgungsbereiches gemäß Anlage 1 mit einer Arztpraxis in dem betroffenen Planungsbereich findet die Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Abs. 5 keine Anwendung.

Für Ärzte einer von einem Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V betroffenen Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereiches gemäß Anlage 1 mit einer Arztpraxis in dem betroffenen Planungsbereich wird

abweichend von Anlage 2 Schritt 6, Abs. 1b) die RLV-Fallzahl im aktuellen Quartal zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt.  
Die Regelungen des Abs. 4 bleiben unberührt.“

Der bisherige § 5 Abs. 6 wird zu § 5 Abs. 7.

- III. In **§ 7** Abs. 2a) wird der Begriff „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ durch „Bereitschaftsdienst und Notfall“ ersetzt.
- IV. In **§ 7** erhält Abs. 2g) folgende neue Fassung:  
”  
g) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie außerhalb von Kapitel 19 EBM erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.“
- V. In **§ 7** Abs. 3) wird der Begriff „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ jeweils durch „Bereitschaftsdienst und Notfall“ ersetzt.
- VI. **§ 12** erhält folgende neue Fassung:

### **„§ 12 Inkrafttreten**

Dieser HVM tritt zum 01.01.2018 in Kraft.“

- VII. In der **Anlage 2 Schritt 1** erhält der zweite Spiegelpunkt folgende neue Fassung:  
”  
• alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“)
- VIII. In der **Anlage 2 Schritt 2** werden im ersten Satz die Worte „je Versorgungsbereich“ gestrichen.
- IX. In der **Anlage 2 Schritt 2** wird in Abs. 1b) ein neuer Spiegelpunkt angefügt:  
”  
• für den im Falle der Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an 0,1 % der MGV,“
- X. In der **Anlage 2 Schritt 2** erhält Abs. 1e) folgende neue Fassung:  
”  
e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für Leistungen der Geriatrie und Sozialpädiatrie der Abschnitte 3.2.4 und 4.2.4 EBM, gebildet aus dem je KV-Bezirk gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung bereitgestellten, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Betrag, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß

Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV, gemindert um den Bereinigungsbetrag für die Leistungen der Palliativmedizin der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung,“

**XI.** In der **Anlage 2 Schritt 2** wird in Abs. 2b) ein neuer Spiegelpunkt angefügt:

”

- für den im Falle der Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an 0,1 % der MGV,“

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

”

- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent 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, gebildet aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert,“

**XIII.** In **Anlage 2** erhält **Schritt 3** folgende neue Fassung:

”

**Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. 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 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 Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

**a) 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 der Schwerpunktbezeichnung 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 rDPW bewertet werden.

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. 2), 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.

#### **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 zu Grunde gelegt wird.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 60%-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM auf Basis des Vorjahresquartals, 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.“