

Änderung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2019

Beschluss der Vertreterversammlung vom 07.03.2020

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01. 01.2019 wie folgt geändert:

I) Abschnitt I Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) wird ergänzt und lautet wie folgt:

**„Abschnitt I
Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)**

Die im jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrag unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2019 stehen für die Vergütung der Zuschläge für die Behandlung HIV-Infizierter (GOP 99099) zusätzlich außerhalb der MGV 100.000,- € nach Abschnitt II des Honorarvertrages für das Jahr 2019 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 (25.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdige Leistung sowie der entsprechende Zuschlag ist in der Anlage 4 aufgeführt.

Sollte der für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 25.000,- € nicht ausreichen um den Zuschlag zu der abgerechneten Leistung in voller Höhe zu vergüten, erfolgt je Quartal eine einheitliche Quotierung des Zuschlags.

Eine Förderung des Zuschlages erfolgt ausschließlich für die in der Anlage 4 genannte Leistung, sofern diese innerhalb der MGV vergütet wird.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 4 genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst/Notfall“ vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.“

II) Nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.5 wird neu folgende Nr. 3.1.6 eingefügt:

„3.1.6 Förderungshöhe der haus- und fachärztlichen Versorgung

Von der zuvor genannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A Nr. 1 wird vorab ein Teilbetrag in Höhe von 16.300.000,- € (4.075.000,- € je Quartal) als Fördermittel zur Verfügung gestellt und basiswirksam einmalig gesondert in die Grundbeträge der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene verschoben. Die Aufteilung dieses Teilbetrages erfolgt nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.6.1 und 3.1.6.2.

3.1.6.1 Förderungswürdige Leistungen

Für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 stehen für die Vergütung der Zuschläge für weitere förderungswürdige Leistungen 9.100.000,- € zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 (2.275.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Das Verteilungsvolumen in Höhe von 2.275.000,- € wird anteilig nach der prozentualen Leistungsanforderung der förderungswürdigen Leistungen des Vorjahresquartal (ohne GOP 99099) getrennt nach Haus- und Fachärzten nach Anlage 1 im hausärztlichen Grundbetrag in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe g) bzw. im fachärztlichen Grundbetrag in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe i) zurückgestellt.

Eine Förderung erfolgt ausschließlich für die in der Anlage 4 genannten Leistungen, sofern diese Leistungen innerhalb der MGV vergütet werden.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 4 genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst/Notfall“

vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.

3.1.6.2 Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

Für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung wird für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 ein Betrag in Höhe von 7.200.000,- € für den fachärztlichen Grundbetrag zur Verfügung gestellt. Dieser Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2019 (1.800.000,- €) aufgeteilt.

- a) Davon werden je Quartal 1.250.000,- € über einen einheitlichen Zuschlag (GOP 99070) auf die Grundpauschale der Fachgruppen für Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie, Hautarzt, Innere Medizin mit SP Gastroenterologie, Innere Medizin FA ohne SP, Innere Medizin mit SP Kardiologie, Innere Medizin mit SP Pneumologie, Innere Medizin mit SP Angiologie, Innere Medizin mit SP Endokrinologie, Innere Medizin mit SP Nephrologie, Innere Medizin mit SP Hämatologie/Onkologie, Innere Medizin mit SP Rheumatologie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Urologie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, in den Behandlungsfällen, bei welchen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung nach Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden, in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe j) zurückgestellt.
- b) Die weiteren 550.000,- € je Quartal werden Abschnitt II Teil B 4.9.4 je Quartal zur Verfügung gestellt.“

III) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen wird nach Buchstaben f) um einen weiteren Buchstaben g) wie folgt ergänzt:

- „g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von hausärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis bilden die in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.6.1 überführten Finanzmittel in den hausärztlichen Grundbetrag.“

IV) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 Vorwegleistungen wird um einen weiteren Absatz wie folgt ergänzt :

„Zu g) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.“

V) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen wird nach Buchstaben h) um zwei weitere Buchstaben i) und j) wie folgt ergänzt:

- „i) Verteilungsvolumen zur Vergütung von fachärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis bilden die in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.6.1 überführten Finanzmittel in den fachärztlichen Grundbetrag.
- j) Verteilungsvolumen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.6.2 Buchstabe a)“

VI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 Vorwegleistungen wird um zwei weitere Absätze wie folgt ergänzt:

„Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

Zu j) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird durch die Häufigkeit der GOP 99070 dividiert. Hieraus resultiert der Wert für die GOP 99070.“

VII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 wird ergänzt und lautet wie folgt:

„4.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Das Verteilungsvolumen für die RLV/QZV überschreitenden Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.3.2 wird grundsätzlich um die noch zur Verfügung stehenden Gelder nach Abschnitt II Teil B 2.3 und 4.2 Buchstabe e), 550.000,- € je Quartal nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.6.2 Buchstabe b), ggf. Abschnitt II Teil B 5.2 und ggf. Abschnitt II Teil B 6.3 sowie aus der Über-/Unterschreitung innerhalb der Vergütungsbereiche nach Abschnitt II Teil B 4.9.1 und 4.9.3 erhöht und steht der Leistungsanforderung, die nicht nach Abschnitt II Teil B 4.9.1 bedient werden konnte, da eine arztindividuelle RLV/QZV Überschreitung vorlag für die Vergütung zur Verfügung.

Überschreitet die Leistungsanforderung nach Absatz 1 dieses Verteilungsvolumen, wird die Leistungsanforderung quotiert vergütet.

Bei einer Unterschreitung entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.“

VIII) Abschnitt II Teil A Nr. 1 wird geändert und lautet wie folgt:

„1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Auf der Basis des § 87b SGB V und insbesondere der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung wird das folgende Verfahren zur Verteilung des Ausgabenvolumens nach § 87 d Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V festgelegt.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.“

IX) In Anlage 1 Arztgruppen werden in der fachärztlichen Versorgungsebene redaktionelle Änderungen vorgenommen, die nachstehend genannten Positionen lauten wie folgt:

a) Bislang: „vollzugelassene Nephrologen“; jetzt:

16	33-6	vollzugel. Internisten mit SP Nephrologie	29	Ja
----	------	---	----	----

b) Bislang: „ermächtigte Nephrologen“; jetzt:

63	34-6	ermächtigte Internisten mit SP Nephrologie	29	Nein
----	------	--	----	------

Im Übrigen bleibt die Anlage 1 unverändert.

X) Anlage 4 „Katalog förderungswürdige Leistungen 2019“ lautet wie folgt:

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen 2019

GOP	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2014)	Wert Zuschlag	Steigerung	Bemerkungen
01410	Besuch	21,71 €	2,43 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	48,03 €	5,38 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,86 €	1,22 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	55,92 €	6,26 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	51,41 €	5,76 €	11,20%	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	97,81 €	10,96 €	11,20%	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	143,79 €	16,11 €	11,20%	
02110	Erste Transfusion	21,71 €	2,43 €	11,20%	
02111	Jede weitere Transfusion	8,71 €	0,98 €	11,20%	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,34 €	1,61 €	11,20%	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,63 €	0,63 €	11,20%	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	5,84 €	0,65 €	11,20%	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath.	5,22 €	0,58 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,07 €	0,79 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	12,49 €	2,20 €	17,61%	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,28 €	2,50 €	15,36%	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	15,36 €	1,72 €	11,20%	
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,22 €	0,58 €	11,20%	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,42 €	1,06 €	11,20%	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	7,99 €	0,89 €	11,20%	
13255	Spirographische Untersuchung	6,14 €	0,69 €	11,20%	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	62,88 €	7,04 €	11,20%	
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	85,52 €	9,58 €	11,20%	
13571,13571J	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	19,90 €	2,23 €	11,20%	
13571I,13571K	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	17,91 €	2,01 €	11,20%	
13573,13573J	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	36,86 €	4,13 €	11,20%	
13573I,13573K	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	33,17 €	3,72 €	11,20%	
13575,13575J	Funktionsanalyse CRT	45,38 €	5,08 €	11,20%	
13575I,13575K	Funktionsanalyse CRT	40,85 €	4,58 €	11,20%	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,58 €	0,85 €	11,20%	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	13,93 €	1,56 €	11,20%	
14240	Psychiatrische Betreuung	20,28 €	2,27 €	11,20%	
14313	Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg	38,41 €	4,30 €	11,20%	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,40 €	2,40 €	11,20%	
16220	Neurologisches Gespräch (Einzelbehandl.)	9,22 €	1,03 €	11,20%	
16222	Zuschlag zu GOP 16220 (schwere Störung.)	11,57 €	1,30 €	11,20%	
20314	Videostroboskopie	15,57 €	1,74 €	11,20%	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind	132,73 €	14,87 €	11,20%	
20370	Störung d. zentral-auditiven Wahrnehmung	13,62 €	1,53 €	11,20%	
30111	Allergologiediagnostik II	46,91 €	5,25 €	11,20%	

30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,66 €	0,75 €	11,20%
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,63 €	1,08 €	11,20%
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,27 €	0,81 €	11,20%
33023	Zuschlag TEE	38,61 €	4,32 €	11,20%
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	75,68 €	8,48 €	11,20%
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	85,52 €	9,58 €	11,20%
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,99 €	4,70 €	11,20%
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	26,63 €	2,98 €	11,20%
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	26,63 €	2,98 €	11,20%
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	59,20 €	6,63 €	11,20%
34257	Retrograde Pyelographie	90,53 €	10,14 €	11,20%
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	70,46 €	7,89 €	11,20%
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	20,79 €	2,33 €	11,20%
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	29,90 €	3,35 €	11,20%
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	33,18 €	3,72 €	11,20%
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	25,50 €	2,55 €	10,00%
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	26,12 €	2,61 €	10,00%
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		49,78 €	Wert der GOP 30920“

Frankfurt, den 07.03.2020
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung