

Änderung des
Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2015

Beschluss der Vertreterversammlung vom 10.10.2015

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 1. Januar 2015, 1. April 2015 und 1. Januar 2016 wie folgt geändert (Ergänzungen sind fett gedruckt und grau unterlegt, entfallene Textpassagen durchgestrichen und grau unterlegt):

Änderungen ab 1. Januar 2015:

- 1) Ziffer 1.1, 2. Absatz lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87 a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Davon ausgenommen sind die im ~~je~~ **jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen** Honorarvertrag ~~2013~~ unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV.“

- 2) Ziffer 1.1, 4. Absatz lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich anhand des nach Ziffer 3.1.2, ~~6. Spiegelstrich Buchstabe f)~~ zur Verfügung gestellten Vergütungsvolumens **sowie in der fachärztlichen Versorgungsebene zzgl. 550.000,- € je Quartal aus den gemäß Ziffer 1.1.8 b) des Honorarvertrages für das Jahr 2015 zur Verfügung gestellten Mitteln für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung.** Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten regionalen Orientierungspunktwert nicht übersteigen.“

- 3) Ziffer 1.3.1., 2. Absatz lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht
- b) bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.

Die Zuschläge nach a) und b) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, ~~Buchstabe e) 5. Spiegelstrich~~ vergütet.“

- 4) Ziffer 2.2, 1. Absatz lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Teil A Ziffer 2.2.1 Punkte 1-18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, 288. Sitzung, sowie die im **jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen** Honorarvertrag ~~2014~~ unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.“

- 5) In Ziffer 2.3.1. werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...mit Wirkung ab 01.10.2013...“ ersatzlos gestrichen.

- 6) In Ziffer 2.3.1.3, 2. Satz wird mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Ziffer „1.1.5“ durch die Ziffer „1.1.4“ ersetzt.

7) Ziffer 2.3.1.4.2 lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„**2.3.1.4.2** Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.54 der Vorgabe Teil E multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.“

8) In Ziffer 2.3.1.5 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...mit Wirkung ab 01.10.2013...“ ersatzlos gestrichen.

9) Ziffer 2.3.2.5 lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„**2.3.2.5** Sofern der Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ im Abrechnungsquartal nicht ausreichend ist, die Leistungen nach ~~Absatz 1 Nr. 2.3.2.1~~ und ~~Absatz 3 Nr. 2.3.2.3~~ vollumfänglich trotz erfolgter Quotierung der in ~~Absatz 2 Nr. 2.3.2.2~~ genannten Leistungen zu vergüten, erfolgt zusätzlich die Quotierung der in ~~Absatz 4 Nr. 2.3.2.1~~ genannten Leistungen ebenfalls bis maximal zu einer Quote in Höhe von 60%.“

10) In Ziffer 2.3.2.6 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...mit Wirkung ab 01.10.2013...“ ersatzlos gestrichen.

11) In Ziffer 2.4.1 Satz 1 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...dritter Spiegelstrich...“ durch die Worte „...Buchstabe c)...“ ersetzt.

12) In Ziffer 2.4.2 Satz 1 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...vierter Spiegelstrich...“ durch die Worte „...Buchstabe d)...“ ersetzt.

13) Ziffer 2.4.3 lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„**2.4.3 Vergütung der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen sowie Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen**“

Die Vergütung der von ermächtigten Krankenhausärzten sowie ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen und Institutionen, soweit diese keinen Regelleistungsvolumen unterliegen (s. Nr. 2.1, 2. Absatz), erfolgt aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, ~~achter und zehnter Spiegelstrich~~ **Buchstaben h) und j)**. Den erbrachten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung AI100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben, in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Dies gilt auch für Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen.

Für die Honorierung der von

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

erbrachten Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 ~~inkl. Suffix~~ und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM inkl. Suffix) steht deren im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung AI100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten

wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Die Vergütung erfolgt ebenfalls aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, ~~achter und zehnter Spiegelstrich Buchstaben h) und i)~~

14) In Ziffer 2.4.4 Satz 1 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...9. Spiegelstrich...“ durch die Worte „...Buchstaben i)...“ ersetzt.

15) Ziffer 2.4.5 Absatz 1 lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

**„2.4.5 Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4**

Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) erfolgt aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“, welcher sich gemäß Teil ~~GB~~ der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V ergibt. Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Im Falle eines Unter- oder Überschusses ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.3 der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V ~~mit Wirkung ab 01.10.2013~~ anzuwenden.“

16) In Ziffer 2.4.6 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...zweiter Spiegelstrich...“ durch die Worte „...Buchstaben b)...“ ersetzt.

17) In Ziffer 2.4.7 Satz 1 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...Teil H...“ durch die Worte „...Teil B...“ ersetzt.

18) In Ziffer 2. 5 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV...“ ersatzlos gestrichen.

19) In Ziffer 3.1.1 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...Honorarvertrag 2013...“ durch die Worte „...jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrag...“ ersetzt.

20) Ziffer 3.1.2 lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wie folgt:

„3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird aus dem haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen,

- a) unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- b) unter Abzug der Rückstellungen gem. Teil ~~G-B Nr. 6~~ Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V ~~zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V,~~
- c) unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- d) unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232,
- e) unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,

- f) unter Abzug von 2 % für die hausärztliche Versorgungsebene bzw. 4% für die fachärztliche Versorgungsebene des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen sowie
- g) unter Abzug des nach Nr. 4. vereinbarten Vergütungsvolumens.
- h) unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten.
- i) unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415
- j) sowie unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für Arztgruppen ohne RLV
- k) unter Abzug der Rückstellung nach 5.1

unter Berücksichtigung der Vorgaben gemäß Teil B der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildet.

- 21) In Ziffer 3.5, 2. Absatz, 6. Spiegelstrich wird mit Wirkung ab 01. Januar 2015 das Wort „...dritter...“ durch das Wort „...fünfter...“ ersetzt.
- 22) Unter Ziffer 4 werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „Ex ante Einschreibung“ ersatzlos gestrichen.
- 23) In Ziffer 5.1, 1. Absatz werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...Honorarvertrages 2013...“ durch die Worte „...jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrages...“ ersetzt.
- 24) In Ziffer 5.2, 1. Absatz werden mit Wirkung ab 01. Januar 2015 die Worte „...Honorarvertrages 2013...“ durch die Worte „...jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrages...“ ersetzt.

Änderungen ab 1. April 2015:

- 25) Ziffer 2.2 lautet mit Wirkung ab 01. April 2015 wie folgt:

„2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Teil A Ziffer 2.2.1 Punkte 1-18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, 288. Sitzung, sowie die ~~im jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen~~ Honorarvertrag ~~2014~~ unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

~~Zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten stehen für das 1. Quartal des Jahres 2015 weiterhin zusätzlich außerhalb der MGV 2,75 Mio. € gemäß Ziffer 1.1.8 des Honorarvertrages für das Jahr 2014 für die Vergütung der Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen zur Verfügung. Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 3 aufgeführt.~~

Für die Quartale 2 bis 4 des Jahres 2015 stehen für die Vergütung der Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen zusätzlich außerhalb der MGV 8.250.000,- € gemäß Ziffer 1.1.8 a) des Honorarvertrages für das Jahr 2015 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 2 bis 4. des Jahres 2015 (2.750.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 3a aufgeführt.

Sollte der für ~~das die 1. Quartale 2 bis 4 des Jahres~~ 2015 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 2.750.000,- € je Quartal nicht ausreichen um die Zuschläge zu den abgerech-

neten Leistungen in voller Höhe zu vergüten, erfolgt ~~im 1. Quartal 2015 je Quartal~~ eine einheitliche Quotierung der Zuschläge.

Eine Förderung erfolgt ausschließlich für die in der Anlage 3~~a~~ „Katalog förderungswürdiger Leistungen“ genannten Leistungen, sofern diese Leistungen innerhalb der MGV vergütet werden.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 3~~a~~ genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Instituten abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.

Für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung wird für die Quartale 2 bis 4 des Jahres 2015 gemäß Ziffer 1.1.8 b) des Honorarvertrages für das Jahr 2015 ein Betrag in Höhe von 2.800.000,-€ zur Verfügung gestellt. Dieser Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 2 bis 4 des Jahres 2015 (933.333,33 € je Quartal) aufgeteilt.

Die Förderung erfolgt über einen einheitlichen Zuschlag 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 gemäß Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.“

26) Nach Anlage 3 zum HVM wird mit Wirkung ab 1. April 2015 die aus der Anlage ersichtliche Anlage 3a in den HVM aufgenommen.

Änderungen ab 1. Januar 2016:

27) Nach Ziffer 3.1.3. wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 folgende Ziffer 3.1.3.1 neu aufgenommen:

~~3.1.3.1 Vergütung zahnärztlicher Narkosen bei Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie~~

~~Die Vergütung anästhesiologischer Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05210-05212, 05330, 05331, 05340 und 05350 EBM bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie erbracht werden, erfolgt unbegrenzt vorab aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.~~

28) Ziffer 3.2.1, 1. Absatz lautet mit Wirkung ab 01. Januar 2016 wie folgt:

„Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 zum vorliegenden HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Nr. 2.5 im Vorjahresquartal für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene bzw. im aktuellen Quartal für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene (FZ_{Arzt}).“

29) Ziffer 3.3 Absätze 1 bis 3 lauten mit Wirkung ab 01. Januar 2016 wie folgt:

„Für die in Anlage 2 zum vorliegenden HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens ~~jeweiligen Vorjahresquartal (Fachärzte) bzw. im Abrechnungsquartal (Hausärzte)~~ erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall eine abweichende Regelung trifft (z. B. für Neupraxen).

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Fall gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V. Dies geschieht mit der Maßgabe, dass ~~100 Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals und für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des Vorjahres quartals~~ zu Grunde gelegt wird.“

30) Ziffer 3.5 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet wie folgt:

„3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Fallgestaltungen:

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- ~~eines außergewöhnlichen und durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.~~
- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß , Nr. 3.2.1, ~~dritter fünfter~~ Absatz, Satz 2 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

~~Darüber hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der KV Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und~~

in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt. (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall.

31) Nach Ziffer 5.2 wird mit Wirkung zum 01. Januar 2016 folgende Ziffer 6 eingefügt:

6. Bereinigung bei Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nach § 75 SGB V verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Diese Terminservicestellen haben die Aufgabe, grundsätzlich bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche zu vermitteln, der in einem Zeitraum von vier Wochen stattfinden soll. Bei einer Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten vermittelt die Terminservicestelle auch ohne Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin.

Kann die Terminservicestelle einen Facharzttermin bei einem zugelassenen oder ermächtigten Arzt, einer ermächtigten Einrichtung oder in einem MVZ nicht innerhalb von vier Wochen zur Verfügung stellen, vermittelt sie einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 76 Abs. 1a SGB V nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein muss. Die Vergütung der insoweit im Krankenhaus erbrachten ambulanten Behandlung erfolgt nach § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus der für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen entrichteten MGV.

Die so erbrachten Leistungen durch Krankenhäuser werden aus der MGV vergütet, weshalb eine Bereinigung dieser Leistungen aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppe stattfindet, welche den entsprechenden Termin nicht sicherstellen konnte. Handelt es sich bei den zu bereinigenden Leistungen um Leistungen, welche aus den Grundbeträgen Labor oder genetisches Labor vergütet werden, findet die Bereinigung dieser Leistungen innerhalb dieser Grundbeträge statt und nicht aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.

Anlage

Anlage

Anlage 3a

zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1. April 2015

GOP	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2014)	Wert Zuschlag	Bemerkungen
01410	Besuch	21,71 €	2,43 €	nur für Versicherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	48,03 €	5,38 €	nur für Versicherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,86 €	1,22 €	nur für Versicherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	55,92 €	6,26 €	nur für Versicherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	51,41 €	5,76 €	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	97,81 €	10,96 €	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	143,79 €	16,11 €	
02110	Erste Transfusion	21,71 €	2,43 €	
02111	Jede weitere Transfusion	8,71 €	0,98 €	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,34 €	1,61 €	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,63 €	0,63 €	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	5,84 €	0,65 €	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath.	5,22 €	0,58 €	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,07 €	0,79 €	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	12,49 €	2,20 €	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,28 €	2,50 €	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	15,36 €	1,72 €	Grundlage für den Zuschlag ist der Wert der GOP im 1. Hj. 2014 (15,36 €), ab 3/2014 neuer Wert 4,10 €
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,22 €	0,58 €	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,42 €	1,06 €	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	7,99 €	0,89 €	
13255	Spirographische Untersuchung	6,14 €	0,69 €	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	62,88 €	7,04 €	
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	85,52 €	9,58 €	
13552	Kontrolle Herzschrittmacher/Kardioverter	28,57 €	3,20 €	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,58 €	0,85 €	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	13,93 €	1,56 €	
14240	Psychiatrische Betreuung	20,28 €	2,27 €	
14313	Kontinuierl.Mitbetr. i. häusl./famtl. Umg	38,41 €	4,30 €	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,40 €	2,40 €	
16220	Neurologisches Gespräch (Einzelbehandl.)	9,22 €	1,03 €	
16222	Zuschlag zu GOP 16220 (schwere Störung.)	11,57 €	1,30 €	
20314	Videostroboskopie	15,57 €	1,74 €	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o. Kind	132,73 €	14,87 €	
20370	Störung d. zentral-auditiven Wahrnehmung	13,62 €	1,53 €	
30111	Allergologiediagnostik II	46,91 €	5,25 €	
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,66 €	0,75 €	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,63 €	1,08 €	
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,27 €	0,81 €	
33023	Zuschlag TEE	38,61 €	4,32 €	
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	75,68 €	8,48 €	
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	85,52 €	9,58 €	
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,99 €	4,70 €	
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	26,63 €	2,98 €	
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	26,63 €	2,98 €	
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	59,20 €	6,63 €	
34257	Retrograde Pyelographie	90,53 €	10,14 €	
34503	Bildw andergestützte interv. Wirbelsäule	70,46 €	7,89 €	
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	20,79 €	2,33 €	neu ab 2/2015
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	29,90 €	3,35 €	neu ab 2/2015
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	33,18 €	3,72 €	neu ab 2/2015
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	25,50 €	2,55 €	neu ab 2/2015
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	26,12 €	2,61 €	neu ab 2/2015
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter	47,11 €	47,11 €	Zuschlag erhalten nur fest definierte, spezialisierte und vernetzte Ärzte gemäß Sonderregelung

Frankfurt, den 10. Oktober 2015

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Ausgefertigt zum Zwecke der Veröffentlichung gem. § 14 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Frankfurt, den 10. Oktober 2015
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung