
KV Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

ab 1. Januar 2014

Beschluss der der Vertreterversammlung
am 11. Oktober 2014

Ergänzung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2014

Beschluss der Vertreterversammlung vom 11. Oktober 2014
(Änderungen in Fettdruck und grau unterlegt)

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

1. Ziffer 2.2 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2014 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 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 die Quartale des Jahres 2014 zusätzlich außerhalb der MGV 11 Mio. € gemäß Ziffer 1.1.8 des Honorarvertrages für die Vergütung der Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen zur Verfügung. Dieser Betrag wird gleichmäßig auf die vier Quartale des Jahres 2014 (2.750.000 € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 3 aufgeführt.

Sollte der quartalsweise zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 2.750.000 € nicht ausreichen um die Zuschläge zu den abgerechneten Leistungen in voller Höhe zu vergüten, erfolgt quartalsbezogen eine einheitliche Quotierung der Zuschläge.

Sollte der quartalsweise zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 2.750.000 € in einem Quartal nicht in voller Höhe ausgeschöpft werden, so wird dieser nicht verbrauchte Teil in das Folgequartal übertragen.

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

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 3 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.“

2. Nach Anlage 2 wird mit Wirkung ab 1. Januar 2014 folgende Anlage 3 eingefügt:

Anlage 3

zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Katalog förderungswürdiger Leistungen 2014 und Definition der Zuschläge

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.venöseinsuff	5,84 €	0,65 €	
02322	Wechsel/Entfern suprapub. Harnblasenkath.	5,22 €	0,58 €	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethralerDauerkath.	7,07 €	0,79 €	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	12,49 €	2,20 €	neue Leistung ab 4/2013
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,28 €	2,50 €	neue Leistung ab 4/2013
04220	Chronikerzuschlag zur GOP 04000	13,31 €	1,49 €	neue Leistung ab 4/2013
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	15,36 €	1,72 €	neue Leistung ab 4/2013
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./famil. 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,Kleinkindo.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	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	70,46 €	7,89 €

Hinweis: GOP immer inkl. der Buchstabenzusätze

3. Ziffer 2.2 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2015 wie folgt:

3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

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 im 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 für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals und für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Abweichend von den vorgenannten Vorgaben erhöht sich das Verteilungsvolumen für die freie Leistung „Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren“ (GOP 35100, 35110, 35111, 35113 und 35120 EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich auf das im korrespondierenden Quartal des Jahres 2009 vergütete Geldvolumen.

Soweit erforderlich können hierfür zur Finanzierung nicht verbrauchte Mittel aus dem RLV-Verteilungsvolumen der hausärztlichen Versorgungsebene verwendet werden.

Für das neu ab dem 01.01.2015 eingeführte QZV „geriatrische und palliativmedizinische Leistungen“ bei den Hausärzten, wird zum einen das Volumen aus dem Anteil der GOP 03240 aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2008 aus dem RLV heraus genommen und dem QZV zur Verfügung gestellt. Zusätzlich erhöht sich das Verteilungsvolumen für dieses QZV um den quartalsbezogenen HÄ-Anteil aus den zusätzlichen Finanzmitteln in Höhe von 18,4 Mio. € im Jahr für Hessen. Der HÄ-Anteil ergibt sich dabei aus Anwendung des Trennungsfaktors für den hausärztlichen Versorgungsbereich und anschließend anhand des prozentualen Anteils des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Hausärzte im aktuellen Quartal.

3. Die bisherige Anlage 2 zum HVM wird mit Wirkung ab 1. Januar 2015 um eine weitere „QZV-Nr.“ 0074 wie folgt ergänzt:

QZV-Nr.	QZV-Bezeichnung	zugeordnete GOPs	HÄ
0074	geriatrische und palliativmedizinische Leistungen	03360, 03362, 03370, 03371, 03372, 03373, 03374	QZV

4. Ziffer 3.7 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2015 wie folgt:

„3.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden korrespondierenden Quartal 4/2012 bis 3/2013 Quartal des Jahres 2008, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.“

Frankfurt, den 11. Oktober 2014
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

