

Änderung des
Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. April 2019

Beschluss der Vertreterversammlung vom 24./25.08.2019

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.04.2019 wie folgt geändert:

1. Abschnitt II Teil A Nr. 2 wird ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„2. Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) wird ab dem Quartal 2/2019 ein Anteil in Höhe von 0,1 % und ab dem Quartal 4/2019 in Höhe von 0,2% der in Abschnitt II Teil A 1. vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.“

2. Im Inhaltsverzeichnis zum HVM wird in Abschnitt II Teil C: Bereinigungen nach der lfd. Nr. 3 folgende Nr. 4 (neu) eingefügt:

„4. Bereinigung aufgrund Entbudgetierung der Leistungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

- 4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume
- 4.2 Zu bereinigende Leistungen
- 4.3 Bestimmung der arztgruppenspezifischen mGV Auszahlungsquoten (AQ) des Vorjahresquartals
- 4.4 Arztseitige Bereinigung der TSVG-Leistungen
 - 4.4.1 Bereinigung der Grundbeträge BD/Notfall, LAB, PFG und gen.LAB
 - 4.4.2 Bereinigung der Grundbeträge HÄ und FÄ
 - 4.4.2.1 Bereinigung von Vorwegleistungen
 - 4.4.2.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen²

3. In Abschnitt II Teil C: Bereinigungen wird nach der lfd. Nr. 3 folgende Nr. 4 (neu) eingefügt:

„4. Bereinigung aufgrund Entbudgetierung der Leistungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 Vorgaben nach § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) nach § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V beschlossen. Die nach dem TSVG erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) sind unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals begrenzt auf vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums zu bereinigen.

4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume

Die Bereinigung erfolgt für die TSVG-Konstellationen

- a) TSS-Terminfall in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020
- b) Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt in den Quartalen 3/2019 bis 2/2020
- c) Neupatient in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020
- d) Offene Sprechstunde in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020
- e) TSS-Akutfall in den Quartalen 1/2020 bis 4/2020

4.2 Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind die sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung des aktuellen Quartals vom Arzt abgerechnet, als eine TSVG-Konstellation entsprechend gekennzeichnet und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie beispielsweise die Zuschläge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V, sind nicht zu bereinigen. Ebenfalls nicht zu bereinigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (nach der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind.

4.3 Bestimmung der arztgruppenspezifischen mGV Auszahlungsquoten (AQ) des Vorjahresquartals

Für die jeweilige TSVG-Arztgruppe nach Beschluss Teil B Nr. 2 des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19.06.2019 wird eine arztgruppenspezifische Auszahlungsquote ermittelt. Hierbei wird das mGV Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals durch die mGV Leistungsanforderung nach Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert.

4.4 Arztseitige Bereinigung der TSVG-Leistungen

4.4.1 Bereinigung der Grundbeträge BD/Notfall, LAB, PFG und gen. LAB

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche den Grundbeträgen nach Abschnitt II Teil B Nr. 1, 2, 5 und 6 zugeordnet sind, werden mit der jeweiligen Vergütungsquote (VQ) dieser Grundbeträge im aktuellen Quartal multipliziert und aus dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Summe über alle Ärzte entnommen. Die so ggf. je Arzt entstehenden Differenzen im Vergleich zur Multiplikation der arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, werden über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt.

4.4.2 Bereinigung der Grundbeträge HÄ und FÄ

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche den Grundbeträgen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3 und Nr. 4 zugeordnet sind, werden nach Vorwegleistungen und RLV/QZV und freie Leistungen unterschieden.

4.4.2.1 Bereinigung von Vorwegleistungen

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 werden für die betreffenden Vorwegleistungen mit der jeweils entsprechenden Vergütungsquote (VQ) dieser Vorwegleistungen des aktuellen Quartals multipliziert und aus dem jeweiligen Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 entnommen. Die so ggf. je Arzt entstehenden Differenzen im Vergleich zur Multiplikation der arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, werden über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt.

4.4.2.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche dem RLV/QZV und freien Leistungsbereichen zugeordnet sind, werden nach Multiplikation mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt. Sollte das arztindividuelle Bereinigungsvolumen für RLV/QZV/freie Leistung größer als das zur Verfügung stehende RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 sein, wird der restliche Teil aus einem anderen Honorarbereich des Arztes finanziert.“

4. Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 wird ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„3.1.3 Bereinigung (Ein-Ausdeckelung; HZV; Kostenerstatter; ASV; Leistungsreichsverschiebung; Entbudgetierung TSVG)

In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die Entbudgetierung TSVG nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.1 sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus bzw. in den jeweiligen Grundbetrag in der Höhe der nach dem Honorarvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge.“

5. Abschnitt II Teil A Nr. 3.2 wird um einen weiteren Absatz ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der nach Abschnitt II Teil A 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge nicht der Summe der MGV Abschnitt II Teil A 1. des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Angleichung vorgenommen:

Die Differenz zwischen der MGV und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den prozentualen Anteilen der nach Abschnitt II Teil A 3. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Nach der Angleichung sind die Vergütungsvolumen für die unter Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.2 genannten Grundbeträge (Grundbeträge HÄ und FÄ) noch um die Entbudgetierungsbeträge TSVG zu erhöhen.“

6. In Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen wird Satz 1 ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1 wie nachfolgend aufgeführt:...“

7. In Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen wird Satz 1 ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1 wie nachfolgend aufgeführt:...“

8. In Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 Leistungen RLV/QZV wird Satz 1 ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.2 angepassten, RLV bzw. QZV zu 100% vergütet.“

9. In Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 Leistungen RLV/QZV wird Satz 1 ergänzt und lautet nunmehr wie folgt:

„Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.2 angepassten, RLV bzw. QZV zu 100% vergütet.“

10. Anlage 1 zum HVM („Arztgruppen“) wird geändert und lautet nunmehr wie folgt:

**„Anlage 1 Arztgruppen
Hausärztliche Versorgungsebene**

Arzt- gruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
1	1-0	vollzugelassene Hausärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte)	01 (02)	Ja
1	33-10	vollzugelassene Hausärzte (hausärztlich tätige Internisten)	(01),03	Ja
2	37-9	vollzugelassene fachärztlich tätige Kinderärzte (* mit Zulassung zur fachärztlichen Tätigkeit, ggf. mit SP oder TG)	40, 42-44	Ja
2	37-10	vollzugelassene hausärztlich tätige Kinderärzte (* mit Zulassung zur hausärztlichen Tätigkeit)	34,36-38	Ja
64	38-0	ermächtigte Kinderärzte	34,36-38, 40, 42-44	Nein
64	94-0	ermächtigte Hausärzte	01(02)03	Nein

Fachärztliche Versorgungsebene

Arzt- gruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
3	9-0	vollzugelassene Anästhesisten	04	Ja
4	11-0	ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung	01 (02) 03, 04, 10 (12)	Ja
5	13-0	vollzugelassene Augenärzte	05	Ja
6	17-0	vollzugelassene Chirurgen, Kinderchirurgen, Plastische Chirurgen, Herzchirurgen, Gefäßchirurgen, Thoraxchirurgen	06-09, 11, 13	Ja
6	63-0	vollzugelassene Neurochirurgen	52	Ja
7	21-0	vollzugelassene Gynäkologen	15, 17, 18	Ja
7	21-11	vollzugelassene Gynäkologen mit WB Endokrinologie/Reproduktionsmedizin	16	Ja
8	25-0	vollzugelassene HNO-Ärzte	19	Ja
9	25-11	vollzugelassene Ärzte für Phoniatrie / Pädaudiologie	20	Ja
10	29-0	vollzugelassene Hautärzte	21	Ja
11	33-1	vollzugel. Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Ja
12	33-2	vollzugel. Internisten mit SP Kardiologie (ohne invasive Tätigkeit)	28	Ja
13	33-3	vollzugel. Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde	30	Ja
13	45-0	vollzugelassene Lungenärzte	30	Ja
14	33-4	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie (ohne invasive Tätigkeit)	24 (28)	Ja
15	33-5	vollzugel. Internisten mit SP Endokrinologie	25	Ja
16	33-6	vollzugel. Internisten mit SP Nephrologie (ohne Dialyse und Dialysesachkosten), (mit Dialyse, ohne Dialysesachkosten), (mit Dialyse und Dialysesachkosten)	29	Ja
19	33-7	vollzugel. Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Ja
20	33-8	vollzugel. Internisten mit SP Rheumatologie	31	Ja
21	33-12	vollzugel. Internisten mit SP Kardiologie invasiver Tätigkeit	28	Ja
22	49-0	vollzugelassene Nuklearmediziner	54	Ja
23	53-0	vollzugelassene Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	50	Ja
24	57-0	vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit "alter (2 BAR-Codes und neuer(1 BAR-Code)" Doppelzulassung	51, 53, 58	Ja
25	57-68	vollzugelassene Neurologen	53	Ja
26	59-1	vollzugelassene Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von höchstens 30%	58	Ja
27	59-2	vollzugelassene Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von mehr als 30%	58	Ja
28	59-30	vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater (einschl. Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)	47	Ja
29	61-0	vollzugelassene Orthopäden	10,12	Ja
30	61-10	vollzugelassene Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin	57	Ja
31	65-1	vollzugelassene Radiologen, Strahlentherapeuten ohne Vorhaltung von CT u. MRT, mit Vorhaltung von CT, mit Vorhaltung von MRT, mit Vorhaltung von CT u. MRT	62 bis 64	Ja
35	69-0	vollzugelassene Urologen	67	Ja
36	80-11	vollzugelassene Ärzte für Humangenetik	22	Ja
37	33-14	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie invasiver Tätigkeit	24, 28	Ja
38	33-9	vollzugel. fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Ja

51	71-0	Psychotherapeutische Ausbildungskandidaten (u.a. Hardtwaldklinik)	0	Nein
51	84-1	vollzugelassene psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
51	84-21	ermächtigte psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
52	84-81	vollzugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein
52	84-95	ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein
53	55-0	vollzugelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	60	Nein
53	56-0	ermächtigte Ärzte für psychotherapeutische Medizin	60	Nein
54	55-1	vollzugelassene psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
54	56-1	ermächtigte psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
60	41-0	vollzugelassene Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
60	43-0	Laborgemeinschaften	0	Nein
60	65-10	vollzugelassene Strahlentherapeuten	65	Nein
60	73-0	vollzugelassene Pathologen	55, 56	Nein
61	81-35	Krankenhäuser TSS	0	Nein
61	81-80	Krankenhäuser/Institute (100%) / ärztlich geleitete Einrichtungen	0	Nein
61	90-0	Kuratorium Dialyse	0	Nein
62	42-0	ermächtigte Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
62	66-10	ermächtigte Strahlentherapeuten	65	Nein
62	74-0	ermächtigte Pathologen	55, 56	Nein
62	85-0	ermächtigte Ärzte (14 ff. BMV u. Pro Familia etc.), Ermächtigung zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen und Kindervorsorge	00, 01 (02)	Nein
62	85-10	ermächtigte Ärzte für Methadonsubstitution	0	Nein
63	10-0	ermächtigte Anästhesisten	04	Nein
63	14-0	ermächtigte Augenärzte	05	Nein
63	18-0	ermächtigte Chirurgen, Kinderchirurgen, Plastische Chirurgen, Herzchirurgen, Gefäßchirurgen, Thoraxchirurgen	06-09, 11, 13	Nein
63	22-0	ermächtigte Gynäkologen	15, 16, 17, 18	Nein
63	26-0	ermächtigte HNO-Ärzte	19	Nein
63	26-11	ermächtigte Ärzte für Sprach- Stimm- und kindliche Hörstörungen	20	Nein
63	30-0	ermächtigte Hautärzte	21	Nein
63	34-1	ermächtigte Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Nein
63	34-12	ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie invasiver Tätigkeit	28	Nein
63	34-14	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie invasiver Tätigkeit	24, 28	Nein
63	34-2	ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie (ohne invasive Tätigkeit)	28	Nein
63	34-3	ermächtigte Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde	30	Nein
63	34-4	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie (ohne invasive Tätigkeit)	24 (28)	Nein
63	34-5	ermächtigte Internisten mit SP Endokrinologie	25	Nein
63	34-6	ermächtigte Internisten mit SP Nephrologie (ohne Dialyse und Dialysesachkosten), (mit Dialyse, ohne Dialysesachkosten), (mit Dialyse und Dialysesachkosten)	29	Nein
63	34-7	ermächtigte Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Nein
63	34-8	ermächtigte Internisten mit SP Rheumatologie	31	Nein
63	34-9	ermächtigte fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Nein
63	46-0	ermächtigte Lungenärzte	30	Nein
63	50-0	ermächtigte Nuklearmediziner	54	Nein
63	54-0	ermächtigte Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	50	Nein
63	58-0	ermächtigte Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit "alter (2 BAR-Codes und neuer(1 BAR-Code)" Doppelzulassung	51, 53, 58	Nein
63	58-68	ermächtigte Neurologen	53	Nein
63	60-1	ermächtigte Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von höchstens 30%	58	Nein
63	60-2	ermächtigte Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von mehr als 30%	58	Nein
63	60-30	ermächtigte Kinder- und Jugendpsychiater	47	Nein
63	62-0	ermächtigte Orthopäden	10, 12	Nein
63	62-10	ermächtigte Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin	57	Nein
63	64-0	ermächtigte Neurochirurgen	52	Nein
63	66-1	ermächtigte Radiologen, Strahlentherapeuten ohne Vorhaltung von CT u. MRT, mit Vorhaltung von CT, mit Vorhaltung von MRT, mit Vorhaltung von CT u. MRT	62 bis 64	Nein
63	70-0	ermächtigte Urologen	67	Nein
63	80-12	ermächtigte Ärzte für Humangenetik	22	Nein

Frankfurt, den 24.08.2019
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

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

Frankfurt, den 24.08.2019
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter', written over the printed name and partially overlapping the stamp.