

Änderung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2020

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. 01.2020 wie folgt geändert:

I) Abschnitt I Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) wird geändert 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 2020 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 2020 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2020 (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 2020 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) Abschnitt II Teil A Nrn. 3.1.6 bis 3.1.6.2 werden ersatzlos gestrichen, das Inhaltsverzeichnis wird entsprechend angepasst.

III) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen Buchstabe g) wird geändert und lautet wie folgt:

„g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von hausärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.“

IV) In Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 Vorwegleistungen wird der letzte Absatz geändert und lautet wie folgt :

„Zu g) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Die hieraus resultierende 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 werden die Absätze Buchstaben i) und j) geändert und lauten wie folgt:

- „i) Verteilungsvolumen zur Vergütung von fachärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.
- j) Verteilungsvolumen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.“

VI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 Vorwegleistungen werden die beiden letzten Absätze geändert und lauten wie folgt:

„Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Die hieraus resultierende 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 gebildete Rückstellung wird durch die Häufigkeit der GOP 99070 dividiert. Hieraus resultiert der Wert für die GOP 99070. Die GOP 99070 wird 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 werden, zugesetzt.“

VII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.2 wird ergänzt und lautet wie folgt:

„4.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Als Verteilungsvolumen zur Vergütung der RLV/QZV überschreitenden Leistungen werden 6% des GB FÄ nach Abschnitt II Teil A 3.2, zusätzlich nach der Anlage 4 des Honorarvertrags 2017/2018 6.616.000,- € (1.653.750,- € je Quartal) sowie 550.000,- € als Fördermittel zur Verfügung gestellt.“

VIII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 wird geändert 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), 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.“

IX) Abschnitt II Teil B Nr. 6.2 wird geändert und lautet wie folgt:

„6.2 Vergütung

Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik GOP 01842, 32860 bis, 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM erfolgt aus dem Grundbetrag „Genetisches Labor“, welcher sich nach Abschnitt II Teil A 3. ergibt.“

X) Die Anlage 5 wird geändert und lautet wie aus dem Anhang 1 ersichtlich.

XI) In Anlage 2 QZV Zuordnung wird in der Arztgruppe 7 vollzugelassene Gynäkologen unter Ziffer 48 eine Änderung vorgenommen, diese lautet nunmehr wie folgt:

**„Arztgruppe 7 vollzugelassene Gynäkologen
Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

GOP'n

48 Zytologie / Histologie

19310, 19312, 19318, 19319“

Im Übrigen bleibt die Anlage 2 unverändert.

XII) In Anlage 2 QZV Zuordnung wird in der Arztgruppe 10 vollzugelassene Hausärzte unter Ziffer 48 eine Änderung vorgenommen, diese lautet nunmehr wie folgt:

**Arztgruppe 10 vollzugelassene Hautärzte
Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen**

GOP'n

48 Zytologie / Histologie

19310, 19312, 19315, 19318, 19319, 19320

Im Übrigen bleibt die Anlage 2 unverändert.

XIII) Anlage 2 QZV Zuordnung wird in der Arztgruppe 14 die Überschrift geändert, diese lautet nunmehr wie folgt:

„Arztgruppe 14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie“

Im Übrigen bleibt die Anlage 2 unverändert.

XIV) In Anlage 2 QZV Zuordnung wird der Abschnitt „Arztgruppe 37 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie invasiv“ ersatzlos gestrichen.

Im Übrigen bleibt die Anlage 2 unverändert.

XV) In Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 wird nach Satz 1 ein weiterer Satz wie folgt eingefügt:

„Sofern ein Fall noch nicht als RLV relevant gezählt wurde, werden auch als TSVG gekennzeichnete Fälle als RLV relevant herangezogen, wenn sie ohne die Kennzeichnung TSVG einen RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall ausgelöst hätten.“

XVI) In Abschnitt II Teil B Nr. 4.4.1 wird nach Satz 1 ein weiterer Satz wie folgt eingefügt:

„Sofern ein Fall noch nicht als RLV relevant gezählt wurde, werden auch als TSVG gekennzeichnete Fälle als RLV relevant herangezogen, wenn sie ohne die Kennzeichnung TSVG einen RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall ausgelöst hätten.“

XVII) Abschnitt II Teil A Nr. 3 wird geändert und lautet wie folgt:

„3. Grundbeträge

Zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist nach KBV-Vorgaben die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten vorgesehen, sofern die entsprechenden Leistungen nach den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A 1. zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

- Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)
- Labor (GB LAB)
- Hausärztliche Versorgungsebene (GB HÄ)
- Fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ)
- Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (GB PFG)
- Leistungen des genetischen Labors (GB gen.LAB)

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) und der arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.3, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

Die im Vorjahresquartal zur Anwendung gekommenen Ein- und Ausdeckelungen der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.“

Anpassung im Grundbetrag „genetisches Labor“ in den Quartalen 2/2019 – 1/2020:

Der Ausgangswert wird für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dieser dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01835 bis 01839 angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.“

XVIII) In der Anlage 1 Arztgruppen, Fachärztliche Versorgungsebene werden Änderungen vorgenommen, die geänderte Zeilen lauten wie folgt:

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
14	33-4	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie	24 (28)	Ja
14	33-14	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Ja
63	34-14	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Nein
63	34-4	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24 (28)	Nein

Im Übrigen bleibt die Anlage 1 unverändert.

XIX) In Anlage 3 Anpassungsfaktoren Leistungsanforderung 2008 wird unter der Überschrift „Anpassungsfaktoren der Arztgruppe“ die Zeile „Arztgruppe 37...“ ersatzlos gestrichen, die Zeile „Arztgruppe 14...“ lautet wie folgt:

Arztgruppe	Anpassungsfaktor
14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie	1,0000

Anhang 1

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Versichertenpauschalen (VP) für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (GOP 03005, 04005 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 werden die GOP 03005 EBM und 04005 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 bzw. der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)
2)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Bewertungserhöhung der GOP 34600 EBM (Osteodensitometrie)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 wird die GOP 34600 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
3)	2/2019 - 1/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschale (GP) für die Behandlungsmethode zur Hornhautvernetzung bei Augenärzten (GOP 06211 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 435. Sitzung am 29.03.2019 wird die GOP 06211 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
4)	4/2019 - 3/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370 – 04374 EBM)	Der in den Quartalen 4/2019 – 3/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370-03374 EBM) wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. Der kassenseitige Eindecke-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
			lungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370-04374 EBM) wird dem Vergütungsbereich RLV der Kinderärzte in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 zugeführt.	
5)	1/2020 – 4/2020	<u>Ausdeckelung:</u> Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236)	Der in den Quartalen 1/2020 – 4/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Ausdeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236) wird im Grundbetrag „Genetisches Labor“ in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3
6)	1/2020 – 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700 und 01701 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
7)	1/2020 – 4/2020	<u>Minderbedarf/Einsparungen:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320 – 19322 und 19331)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 19320 - 19322 und 19331 EBM um die Einsparung aufgrund der EBM Bewertungsanpassung vermindert. Die ermittelte kassenseitige Einsparung wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1, dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben c) und d) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
8)		<u>Eindeckelung:</u> AOP-Begleitleistungen	Durch die Einführung eines AOP Nicht- Begleitleistungskataloges im Honorarvertrag 2020 wird die MGV um die Leistungen in diesem Katalog erhöht. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 1-6

Frankfurt, den 07.03.2020
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung