

## Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab dem 1. Januar 2016

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen hat in ihrer Sitzung am 2./3. Juli 2016 einen Beschluss zur Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes gefasst. Die Änderung wird hiermit veröffentlicht.

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

### I) Ziffer 1.1 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet wie folgt:

#### „1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

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 jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrag unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV.

Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 3.3 i. V. m. Anlage 2 zum vorliegenden HVM genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind (s. Anlage 2 zum vorliegenden HVM).

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich anhand des nach Ziffer 3.1.2, Buchstabe f) zur Verfügung gestellten Vergütungsvolumens sowie in der fachärztlichen Versorgungsebene zzgl. 550.000,- € je Quartal aus den gemäß Ziffer 1.1. ~~8-b)~~ **9.2** des Honorarvertrages für das Jahr ~~2015~~ **2016** zur Verfügung gestellten Mitteln für die Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten regionalen Orientierungspunktwert nicht übersteigen.

Zusätzlich werden weitere Leistungen als sog. „freie Leistungen“ oder „freie Leistungskomplexe“ innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV bzw. QZV – ggf. quotiert - vergütet (s. u. Nr. 3.4)

Die Anlage 2 zum vorliegenden HVM kann erforderlichenfalls durch den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen angepasst werden.“

### II) Ziffer 2.2 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet 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 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Für die Quartale ~~2-1~~ bis 4 des Jahres ~~2015-2016~~ stehen für die Vergütung der Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen zusätzlich außerhalb der MGV ~~8.250.000~~ **11.000.000,-** € gemäß Ziffer 1.1.8a) **9.1** des Honorarvertrages für das Jahr ~~2015~~ **2016** zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale ~~2-1~~ bis 4 des Jahres ~~2015~~ **2016** (2.750.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 3a aufgeführt.

Sollte der für die Quartale ~~2-1~~ bis 4 des Jahres ~~2015~~ **2016** 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 je Quartal eine einheitliche Quotierung der Zuschläge.

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

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 3a 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 ~~2-1~~ bis 4 des Jahres ~~2015~~ **2016** gemäß Ziffer 1.1.8 b) **9.2** des Honorarvertrages für das Jahr ~~2015~~ **2016** ein Betrag in Höhe von ~~2.800.000~~ **5.000.000,-** € zur Verfügung gestellt. Dieser Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale ~~2-1~~ bis 4 des Jahres ~~2015~~ **2016** (~~933.333,33~~ **1.250.000,-** € 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. “

### **III) Ziffer 3.1.4 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet wie folgt:**

#### **„3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche**

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- Vergütungsbereich für „freie Leistungen“ (Nr. 1.1, 5. Absatz)

Das RLV relevante Verteilungsvolumen wird durch die unter Ziffer 2.5 genannte relevante Fallzahl des **aktuellen Quartals in der fachärztlichen Versorgungsebene und des** Vorjahresquartals **in der hausärztlichen Versorgungsebene**, angepasst um die Differenz zwischen der im aktuellen Quartal in Selektivverträge nach §§ 63, 73b, 73c, 140a ff SGB V eingeschriebene Versichertenzahl und der im Vorjahresquartal eingeschriebenen Versichertenzahl, geteilt.“

#### **IV) Ziffer 3.2.1 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet wie folgt:**

##### **„3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)**

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 aktuellen Quartal ( $FZ_{Arzt}$ ).

Steigt die RLV-relevante Fallzahl im aktuellen Abrechnungsquartal bei einer RLV-Gruppe in der hausärztlichen Versorgungsebene gegenüber der zur Fallwertberechnung herangezogenen RLV-relevanten Fallzahl aus dem Vorjahresquartal um mehr als 2,00% (gerundet auf zwei Nachkommastellen) an, so wird der für die Echtabrechnung verwendete RLV-Fallwert auf Basis der aktuellen RLV-relevanten Fallzahl für diese RLV-Gruppe neu berechnet und angewendet.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 muss mindestens den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grund- bzw. Versichertenpauschale der entsprechenden Arztgruppe abdecken. Ist dies nicht der Fall, so wird das arztgruppenspezifische RLV-Verteilungsvolumen zu Lasten des arztgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumen innerhalb einer Arztgruppe bis zum Erreichen dieses Wertes gestützt. Wird der Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grund- bzw. Versichertenpauschale mit dieser Maßnahme nicht vollumfänglich erreicht, wird keine weitere Stützung zu Lasten anderer Bereiche vorgenommen.

In begründeten Ausnahmefällen kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in einzelnen RLV-Gruppen von der Stützung auf den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grund- bzw. Versichertenpauschale der entsprechenden RLV-Gruppe abgesehen werden.

Der so ermittelte RLV-Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl ~~des Vorjahresquartals bei RLV-Gruppen der hausärztlichen Versorgungsebene~~ des aktuellen Quartals, der Arztgruppe gemäß Nr. 2.5 hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Aus Sicherstellungsgründen kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

Für Ärzte der gleichen RLV-Gruppe innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft gilt abweichend hiervon eine Verrechnungsmöglichkeit der RLV-Fälle untereinander.“

V) Ziffer 2.3.1.3 wird mit Wirkung ab 01. Juli 2016 geändert und lautet wie folgt:

**„2.3.1.3 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM**

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 **(ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32864)** EBM werden - sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 2.3.1.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.4 der Vorgabe Teil E aus dem Vergütungsvolumen VG<sub>2</sub> gemäß 2.2 der Vorgabe Teil E vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.“

VI) Ziffer 2.3.1.4.1 wird mit Wirkung ab 01. Juli 2016 geändert und lautet wie folgt:

**„2.3.1.4 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei "Nicht-Laborärzten"**

**2.3.1.4.1** Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 **(ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32864)** EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 2.3.1.3 zu vergüten.“

VII) Ziffer 2.4.5 wird mit Wirkung ab 01. Juli 2016 geändert und lautet wie folgt:

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

Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik (**GOP 11230, 11233 bis 11236, ~~11320 bis 11322, 32860 bis 32864, und~~ Abschnitt 11.4 **und Abschnitt 19.4**** EBM) erfolgt aus dem Grundbetrag "genetisches Labor", welcher sich gemäß Teil B 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 anzuwenden.“

Die Änderungen treten zum 1. Januar 2016/1. Juli 2016 in Kraft.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gez. Dr. Klaus-Wolfgang Richter