

Änderung des
Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2016

Beschluss der Vertreterversammlung vom 12.03.2016

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

I) Ziffer 2.3.2 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 geändert und lautet wie folgt:

„2.3.2 Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

2.3.2.1 Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und Leistungen der Notfallbehandlungen, mit Ausnahme der Wegepauschalen, durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Institute und Krankenhäuser unter Berücksichtigung eines Investitionskostenabschlags in Höhe von 10% nach § 120 Abs. 3 S. 2 SGB V) während der in der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KV Hessen unter § 5 Abs. 2 genannten Dienstzeiten sowie zu den durch den Vorstand der KV Hessen genehmigten Zusatzzeiten –wobei während des Übergangszeitraumes von 18 Monaten ab Inkrafttreten der BDO § 9 BDO zu beachten ist– werden aus dem Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V, ggf. unquotiert vergütet, soweit die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind.

2.3.2.2 Alle weiteren, mit Ausnahme der Wegepauschalen, nicht zu den in der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KV Hessen unter § 5 Abs. 2 genannten Dienstzeiten sowie zu den durch den Vorstand der KV Hessen genehmigten Zusatzzeiten –wobei während des Übergangszeitraumes von 18 Monaten ab Inkrafttreten der BDO § 9 BDO zu beachten ist– erbrachten Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Institute und Krankenhäuser unter Berücksichtigung eines Investitionskostenabschlags in Höhe von 10% nach § 120 Abs. 3 S. 2 SGB V), werden aus dem nach der Vergütung der in Absatz 1 und 3 genannten Leistungen noch zur Verfügung stehenden **ebenfalls aus dem** Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V ggf. unquotiert vergütet, soweit es sich um einen begründeten Notfall handelt und die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind. Eine Quotierung dieser Leistungen erfolgt maximal bis zu einer Quote in Höhe von 60%.

~~2.3.2.3~~ Die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser abgerechneten Wegepauschalen werden unquotiert vergütet, soweit die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind.

2.3.2.43 Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit werden bei der Abrechnungsbearbeitung abgesetzt.

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

2.3.2.64 Bei Überschreitungen trotz maximaler Quotierung oder Unterschreitungen des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ kommt das Verfahren nach Teil B

II) Ziffer 6 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 ergänzt und lautet wie folgt:

„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.

Kommt es durch die zuvor genannte Bereinigungssystematik bei den Arztgruppen der Psychiater < oder > 30% PT-Anteil (RLV-Gruppe 26 und 27) zu einer Bereinigung, werden in diesen Fällen nur 33,33% des Bereinigungsvolumens aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen bereinigt. Die anderen 33,33% werden aus dem Verteilungsvolumen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Doppelzulassung (RLV-Gruppe 24) bereinigt.

Kommt es durch die zuvor genannte Bereinigungssystematik bei der Arztgruppe der Neurologen (RLV-Gruppe 25) zu einer Bereinigung, wird in diesen Fällen nur 50% des Bereinigungsvolumens aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen bereinigt. Die anderen 50% werden aus dem Verteilungsvolumen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Doppelzulassung (RLV-Gruppe 24) bereinigt.“

III) Ziffer 7 wird mit Wirkung ab 01. Januar 2016 neu aufgenommen und lautet wie folgt:

„7. **Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

Grundlage für die Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung.

Der Bewertungsausschuss gibt zur Bereinigung für jede ASV-Indikation eine verbindliche durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient auf Grundlage von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses vor. Die Vorgaben für diese Berechnungen werden jeweils in einem eigenen Beschluss je Indikation gemacht und mitgeteilt.

Die vorgegebenen durchschnittlichen Werte je ASV-Indikation werden nach evtl. notwendigen Anpassungen durch die KV Hessen mit der je Quartal durch die KBV mitgeteilten Anzahl der ambulant spezialfachärztlich zu bereinigenden Patientenzahl je ASV-Indikation unter Berücksichtigung eines Höchstwertes multipliziert. Der sich so ergebende Gesamtbereinigungsbeitrag je ASV-Indikation wird von den jeweils an der ASV-Indikation beteiligten Arztgruppen aus deren arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen arztseitig bereinigt. Die Ermittlung und Bereinigung des Gesamtbereinigungsbeitrages erfolgt unabhängig von der Zusammensetzung der teilnehmenden ASV-Teams (reine Krankenhaus oder gemischte Teams) ausschließlich aus den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.

Die Aufteilung des Bereinigungsbeitrages je ASV-Indikation auf die einzelnen Arztgruppen erfolgt anhand der durch die KBV mitgeteilten arztgruppenspezifischen Anteile an den Bereinigungsbeiträgen.“

Frankfurt, den 12. März 2016

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Dr. Eckhard Starke
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung

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

Frankfurt, den 12. März 2016

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. Eckhard Starke
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung

