

Auf den PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder
info.service-Sonderausgabe 1a

Nr. 1 a – März 2014

Sonderausgabe mit den Ergänzungen zum
Honorarverteilungsmaßstab

Rundschreiben zum HVM	3
Ergänzungen zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	5
Impressum	19

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir informieren Sie mit dieser Sonderausgabe von Auf den Punkt über aktuelle Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KV Hessen, die die Vertreterversammlung am 22. Februar 2014 beschlossen hat.

Die beschlossenen Änderungen beziehen sich auf verschiedene Quartale. Sie setzen sich zusammen aus Änderungen, die auf dem erst Ende 2013 geschlossenen Honorarvertrag basieren, solchen, die durch geänderte Vorgaben der Bundesebene erforderlich waren und zuletzt auch aus redaktionellen Änderungen.

Die wesentlichen Neuerungen beim Honorarverteilungsmaßstab sind:

- **Neuaufnahme von Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen im Jahr 2013**
Änderung aufgrund des Honorarvertrages 2013

Für das Jahr 2013 haben die Krankenkassen ein Volumen in Höhe von 11 Mio. € zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für förderungswürdige Leistungen zur Verfügung gestellt. Die Verteilung dieses zusätzlichen Honorars auf die Quartale des Jahres 2013, auf die beiden Versorgungsbereiche sowie auf die Fachgruppen, die in der fachärztlichen Versorgungsebene einen Förderanteil erhalten, wurde neu in den HVM aufgenommen. In den jeweiligen Fachgruppen werden bestimmte förderungswürdige Leistungen mit einem Zuschlag vergütet. Die einzelnen Leistungen sind je Fachgruppe in der

Anlage zum HVM aufgelistet. Die dort genannten Zuschläge werden außerhalb der sonstigen Vergütungssystematik (z.B. RLV, QZV etc.) vergütet. Da das Finanzvolumen für die Zuschläge je Fachgruppe begrenzt ist, kann es bei diesen Zuschlägen zu einer Quotierung kommen.

Bei den im HVM genannten psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen werden die Zuschläge über ein gemeinsames Finanzvolumen vergütet und dem entsprechend ggf. mit einer gemeinsamen einheitlichen Quote ausgezahlt. (Nr. 2.2 in Verbindung mit Anlage 3 HVM, gültig 01.01.2013 bis 31.12.2013)

- **Zusätzliches Finanzvolumen für den „Zuschlag zur konservativen fachärztlichen Tätigkeit“ im Quartal 3/2013**

Das durch die Absenkung der Diagnose-Sachkosten ab dem 3. Quartal 2013 frei gewordenen Finanzvolumen soll gemäß Bundesvorgaben zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung genutzt werden. Dieser zusätzliche Betrag teilt sich auf die Quartale 3/2013 bis 2/2014 auf. Im 3. Quartal 2013 wird er durch die jetzt beschlossene HVM-Regelung zur Finanzierung des Zuschlags für die konservative fachärztliche Tätigkeit herangezogen. Ab dem 4. Quartal 2013 ist durch Bundesvorgaben geregelt, dass der zusätzliche Betrag zur Vergütung der Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG) dient. (Nr. 3.1.1 HVM, gültig ausschließlich im 3. Quartal 2013)

- **Zusätzlicher Betrag zur Vergütung der PFG im 4. Quartal 2013**

Änderung aufgrund des Honorarvertrages 2013

Im Rahmen der Honorarverhandlungen haben die Krankenkassen einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,5 Mio. € zur Verfügung gestellt, der ausschließlich in diesem Quartal zur Finanzierung der Pauschale fachärztliche Grundversorgung bereit steht.

(Nr. 2.4.7 HVM, gültig ausschließlich im 4. Quartal 2013)

- **Regelung zum Umgang mit Über-/Unterschreitungen der Grundbeträge „Labor“, „ÄBD“ und „genetisches Labor“**

Änderung aufgrund geänderter Bundesvorgaben

Sofern es in den drei genannten Bereichen zu Über- oder Unterschreitungen kommt, wird deren Verrechnung ab dem 4. Quartal 2013 durch Bundesvorgaben geregelt. Diese sehen – je nachdem um welchen Grundbetrag es sich handelt – eine Verrechnung in den Versorgungsbereichen (Grundbetrag Hausärzte und/oder Grundbetrag Fachärzte) vor. (Nrn. 2.3.1, 2.3.1.5, 2.3.2, 2.4.5 HVM, gültig ab dem 4. Quartal 2013)

Für Fragen stehen Ihnen die Beraterinnen und Berater der KV Hessen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Kassenärztliche Vereinigung
Hessen

Ergänzung des

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

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

gültig ab: 1. Januar 2013

Beschluss der Vertreterversammlung vom 22. Februar 2014

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 1. Januar 2013 wie folgt geändert (Ergänzungen sind blau und fett gedruckt, entfallene Textpassagen sind blau und durchgestrichen):

Änderungen ab 1. Januar 2013:

1) Nummer 1.1 wird für die Zeit ab 1. Januar 2013 wie folgt ergänzt:

„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 Honorarvertrag 2013 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 aus den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten **regionalen** Orientierungspunktwert ~~in Höhe von 0,035048 €~~ 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 Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angepasst werden.“

2) Nr. 3.2.1 wird für die Zeit ab 1. Januar 2013 wie folgt ergänzt:

„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 (FWAG) gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Nr. 2.5 im Vorjahresquartal für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene bzw. im aktuellen Quartal für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene (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 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.“

Änderungen ab 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013:

3a) Nr. 2.2 wird für die Zeit vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 wie folgt ergänzt:

„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 2013 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 2013 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 2013 (2.750.000 € je Quartal) aufgeteilt. Die je Arztgruppe förderungswürdigen Leistungen sind in der Anlage 3 aufgeführt.

Der Quartalsbetrag in Höhe von 2.750.000 € wird anhand des Trennungsfaktors (HÄ 53,815654% / FÄ 46,184346%) auf die Versorgungsbereiche aufgeteilt.

Der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallende Anteil wird zwischen den Hausärzten und Kinderärzten im Verhältnis des innerhalb der MGV abgerechneten Leistungsbedarfes im aktuellen Abrechnungsquartal des Jahres 2013 aufgeteilt.

Der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallende Anteil wird zwischen den fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt und den im 4. Quartal 2013 PFG-berechtigten Arztgruppen im Verhältnis des innerhalb der MGV abgerechneten Leistungsbedarfes im aktuellen Abrechnungsquartal des Jahres 2013 aufgeteilt.

Sollte der so ermittelte und für die Vergütung der besonders förderungswürdigen Leistungen zur Verfügung gestellte Betrag innerhalb der einzelnen Arztgruppe überschritten werden, erfolgt innerhalb dieser Arztgruppe eine einheitliche Quotierung der Zuschläge nach Anlage 3.

Bei den nachfolgenden Fachgruppen wird der jeweils ermittelte Betrag zusammengefasst. Sollte der so ermittelte und für die Vergütung der besonders förderungswürdigen Leistungen zur Verfügung gestellte Betrag von diesen Fachgruppen in Summe überschritten werden, erfolgt für diese Fachgruppen eine einheitliche Quotierung der Zuschläge nach Anlage 3:

- **Psychologische Psychotherapeuten**
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
- **Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
- **andere ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien“**

3b) Nach Anlage 2 zum HVM wird für die Zeit vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 die aus dem Anhang 1 ersichtliche Anlage 3 eingefügt.

Änderungen ausschließlich für das Quartal 3/2013:

4) Nr. 3.1.1 Buchstabe a) in der bis zum 30. September 2013 geltenden Fassung des HVM („Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen (hausärztlicher und fachärztlicher Grundbetrag)“) wird für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 30. September 2013 wie folgt ergänzt:

„.....

a) fachärztliche Versorgungsebene:

Der auf die fachärztliche Versorgungsebene entfallende Anteil aus der vorgenannten Erhöhung wird in einem separaten Honorartopf für die Stützung konservativ tätiger Fachärzte zur Verfügung gestellt.

Dieser separate Honorartopf wird im 3. Quartal 2013 zusätzlich noch um den Anteil an den 1.471.970 € erhöht, welcher durch den Bewertungsausschuss in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 beschlossen wurde und zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung ab dem 3. Quartal 2013 bis zum 2. Quartal 2014 zusätzlich zur Verfügung steht.

Dabei gilt ein Facharzt als konservativ tätig, wenn mehr als 80 % seines angeforderten Leistungsbedarfs nach den EBM-Regelungen aus den Anteilen des RLV, der QZVs und der freien Leistungen bestehen. Basis für die Ermittlung der konservativen Tätigkeit ist das aktuelle Abrechnungsquartal.

Abweichend hiervon gilt ein Facharzt für Augenheilkunde als konservativ tätig, wenn er nach den Bestimmungen gemäß Nr. 6 der Präambel zu Kapitel 6 EBM die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 erfüllt.

...“

Änderungen ausschließlich für das Quartal 4/2013:

5) Nr. 2.4.7 wird für die Zeit vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 wie folgt ergänzt:

„2.4.7 Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

Die Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung erfolgt aus dem Grundbetrag „PFG“, welcher sich gemäß Teil H der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V **sowie dem zusätzlich extrabudgetär von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von 1,5 Mio. € gemäß Ziffer 1.1.8 im Honorarvertrag** ergibt. Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.“

Änderungen ab dem Quartal 4/2013:

6) Nr. 2.3.1 wird für die Zeit ab 1. Oktober 2013 wie folgt geändert:

„2.3.1. Vergütung der Laborleistungen und -kosten

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach 2.3.1.1 – 2.3.1.5 erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.2 dieser Vorgabe – nachstehend „Vorgabe Teil E“ genannt - ergibt. Über- und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens werden ~~bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt~~ **nach den Vorgaben in Teil B Ziffer 7.1 der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab 01.10.2013 ausgeglichen.“**

7) Nr. 2.3.1.5 lautet ab 1. Oktober 2013 wie folgt:

**„2.3.1.5 Finanzierung der Leistungen
Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens VG2 durch die Vergütungen nach 2.3.1.1 bis 2.3.1.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab 01.10.2013 anzuwenden.**

~~Das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG2 durch die Vergütungen nach 2.3.1.1 bis 2.3.1.4 ist durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu bestimmen.“~~

8) Nr. 2.3.2 wird für die Zeit ab 1. Oktober 2013 wie folgt ergänzt:

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

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes (mit Ausnahme der Leistungen nach Kap. II.1.2 EBM sowie der Nr. 01411 EBM, soweit diese mittels der Nr. 98998 gekennzeichnet sind) werden aus dem Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V vergütet. Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Leistungen nach Kap. II.1.2 EBM sowie der Nr. 01411 EBM, soweit diese mittels der Nr. 98998 gekennzeichnet sind, werden ebenfalls aus dem Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V vergütet, jedoch immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.

Der Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V wird getrennt für die beiden o. g. Leistungsbereiche ermittelt und zur Verfügung gestellt.

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.2 der Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab 01.10.2013 anzuwenden.“

9) Nr. 2.4.5 wird für die Zeit ab 1. Oktober 2013 wie folgt ergänzt:

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

Die Vergütung der technischen Leistungen der Human-genetik (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) erfolgt aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“, welcher sich gemäß Teil G 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 mit Wirkung ab 01.10.2013 anzuwenden.“

Änderungen ab dem Quartal 1/2014:

10) Die Nrn. 2.4.1 bis 2.4.4 werden ab dem 1. Januar 2014 wie folgt geändert:

„2.4.1 Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, dritter Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal ~~anerkannter und mit dem Punktwert von 0,025048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multiplizierter Leistungsbedarf tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung A1100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben~~, in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

2.4.2 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40

EBM, sowie die Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, vierter Spiegelstrich zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen im Vergleich zu dem der vorstehend genannten Kostenpauschalen im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendeten Honorarvolumen ~~zzgl. etwaiger Anpassungen durch Erhöhung OPW~~ werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

2.4.3 Vergütung der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen sowie Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen

Die Vergütung der von ermächtigten Krankenhausärzten sowie ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen und Institutionen, soweit diese keinen Regelleistungsvolumen unterliegen (s. Nr. 2.1, 2. Absatz), erfolgt aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, achter und zehnter Spiegelstrich. Den erbrachten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal **tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung AI100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben, anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multiplizierter Leistungsbedarf** in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Dies gilt auch für Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen.

Für die Honorierung der von

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

erbrachten Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 inkl. Suffix und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) steht deren im Vorjahresquartal **tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung AI100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben, anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multiplizierter Leistungsbedarf** in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Die Vergütung erfolgt ebenfalls aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, achter und zehnter Spiegelstrich.

2.4.4 Haus- und Heimbesuche

Die Haus- und Heimbesuche nach der GOP 01410, 01413 und 01415 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 9. Spiegelstrich vergütet. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal **tatsächlich aufgewendetes Honorarvolumen nach Anwendung AI100 und multipliziert mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. §87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag ergeben, anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multiplizierter Leistungsbedarf** in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.“

Anhang 1

(der besseren Lesbarkeit wegen wird auf den Fettdruck und die Markierung des kompletten Texts der neuen Anlage 3 verzichtet)

Anlage 3**zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen****Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen gemäß § 87a Abs. 1 S. 3 SGB V****I. Hausärztlicher Versorgungsbereich****I.1 Hausärzte**

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410*	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413*	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
01415*	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	55,24 €	3,00 €

* Zuschlagsfähig sind nur Besuche bei Patienten mit Alter ab 60 Jahre

I.2 Kinderärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	55,24 €	3,00 €
04212	Zuschlag für chronische Erkrankungen	17,70 €	2,00 €

II. Fachärztlicher Versorgungsbereich**II.1 Anästhesisten**

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
05310	Präanästhesiologische Untersuchung	18,05 €	1,50 €

II.2 Augenärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	5,18 €	0,60 €

II.3 Chirurgen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	10,73 €	1,50 €
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und	7,51 €	1,50 €
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des	10,73 €	1,50 €
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	9,65 €	1,50 €
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	15,37 €	1,50 €
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	18,95 €	1,50 €
34223	Myelographie(n)	76,15 €	1,50 €
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder der	7,87 €	1,50 €
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	14,30 €	1,50 €
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	10,73 €	1,50 €
34233	Aufnahmen der Extremitäten	10,73 €	1,50 €
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichte	7,51 €	1,50 €
34235	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ell.	66,50 €	1,50 €
34237	Röntgenteilaufn. des Beckens mind. 2 Ebenen	14,30 €	1,50 €
34238	Lstg. im Zus. m. den Lstgn. Nr. 34230-34233	10,73 €	1,50 €
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine	8,58 €	1,50 €
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei	15,37 €	1,50 €
34242	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung d	29,85 €	1,50 €
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	9,65 €	1,50 €
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebe.	14,30 €	1,50 €
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	10,73 €	1,50 €
34246	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	30,57 €	1,50 €
34247	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens,	47,91 €	1,50 €
34248	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarm	106,72 €	1,50 €
34250	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, de	42,37 €	1,50 €
34251	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarm	89,92 €	1,50 €
34255	Ausscheidungsurographie	42,90 €	1,50 €
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	58,45 €	1,50 €
34257	Retrograde Pyelographie	89,38 €	1,50 €
34260	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, H	38,08 €	1,50 €
34280	Durchleuchtung(en)	9,65 €	1,50 €
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fr	6,08 €	1,50 €
34282	Schichtaufnahmen	40,40 €	1,50 €
34294	Phlebographie	40,76 €	1,50 €
34295	Zuschlag Computergestützte Analyse	8,22 €	1,50 €
34296	Phlebographie des Brust- und/oder Bauch	82,23 €	1,50 €
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	69,54 €	1,50 €

II.4 Gynäkologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
08345	Zusatzpauschale Krebsbehandlung	19,31 €	1,00 €
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane	14,30 €	1,00 €
35100	Differentialdiagnostische Klärung psycho	15,37 €	1,00 €
35110	Verbale Intervention bei psychosomatisch	15,37 €	1,00 €

II.5 HNO-Ärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
30111	Allergologiediagnostik II	46,30 €	5,00 €
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,61 €	2,00 €
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,47 €	3,00 €
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,15 €	1,50 €
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	59,53 €	5,00 €
33011	Sonographie der Gesichteweichteile und/o	8,76 €	2,00 €
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder der..	7,87 €	1,50 €

II.6 Phoniater

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
09318	Videostroboskopie	15,37 €	1,50 €
20338	Hörgerätevers. Säugling, Kleinkind o. Kind	131,03 €	10,00 €
20370	Störung d. zentral-auditiven Wahrnehmung	13,41 €	2,00 €
30111	Allergologiediagnostik II	46,30 €	5,00 €
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,47 €	3,00 €
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,15 €	1,50 €
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	59,53 €	5,00 €

II.7 Hautärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
30111	Allergologiediagnostik II	46,30 €	5,00 €
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,47 €	3,00 €
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,15 €	1,50 €

II.8 Gastroenterologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	84,37 €	2,50 €

II.9 Kardiologen, nicht-invasiv

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,30 €	1,25 €
13552	Kontrolle Herzschrittmacher/Kardioverter	28,24 €	5,00 €
33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode Verf.)	27,17 €	2,50 €
33023	Zuschlag TEE	38,08 €	7,50 €
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	74,72 €	5,00 €
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	84,37 €	10,00 €
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,47 €	2,00 €

II.10 Kardiologen, invasiv

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,30 €	1,25 €
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	7,87 €	5,00 €
13255	Spirographische Untersuchung	6,08 €	2,50 €
13256	Säure-Basen-Status und Blutgasanalyse	7,51 €	7,50 €
13257	Prokto-/Rektoskopie	8,58 €	5,00 €
13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18,05 €	10,00 €
13291	Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	20,38 €	2,00 €
13552	Kontrolle Herzschrittmacher/Kardioverter	28,24 €	5,00 €
33012	Schilddrüsen-Sonographie	8,58 €	2,00 €
33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verf.)	27,17 €	2,50 €
33023	Zuschlag TEE	38,08 €	7,50 €
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	74,72 €	5,00 €
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	84,37 €	10,00 €
33042	Abdominelle Sonographie	15,91 €	1,50 €
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,47 €	2,00 €

II.11 Lungenärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
30111	Allergologiediagnostik II	46,30 €	5,00 €
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,47 €	3,00 €
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,15 €	1,50 €
30900	Kardiorespiratorische Polygraphie	59,53 €	5,00 €

II.12 Angiologen, nicht-invasiv

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
02312	Behandlungskomplex chron. venöse Ulcera cr	5,54 €	1,00 €
13552	Kontrolle Herzschrittmacher/Kardioverter	28,24 €	5,00 €
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	33,96 €	3,00 €
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,47 €	2,00 €
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	26,28 €	3,00 €

II.13 Angiologen, invasiv

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	20,91 €	1,20 €
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21,63 €	1,20 €

II.14 Endokrinologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
11322	Nachweis/Ausschluss einer genom. Mutation	101,00 €	10,00 €
33012	Schilddrüsen-Sonographie	8,58 €	2,00 €
34600	Osteodensitometrie (Photonenabsorptions-	16,27 €	2,00 €

II.15 Nephrologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	50,77 €	3,00 €
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,12 €	4,00 €
02312	Behandlungskomplex chron. venöse Ulcera cr.	5,54 €	2,50 €
02313	Kompressionstherapie chron. venöse Insuff	5,72 €	2,50 €
13552	Kontrolle Herzschrittmacher/Kardioverter	28,24 €	5,00 €
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,51 €	2,00 €
33042	Abdominelle Sonographie	15,91 €	0,50 €
33043	Uro-Genital-Sonographie	8,76 €	0,50 €
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	26,28 €	3,00 €

II.16 Hämatologen/Onkologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	50,77 €	3,00 €

II.17 Rheumatologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	50,77 €	3,00 €
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	96,53 €	3,00 €
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	141,94 €	3,00 €
27332	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdia	43,08 €	4,00 €
33012	Schilddrüsen-Sonographie	8,58 €	3,00 €
33042	Abdominelle Sonographie	15,91 €	3,00 €
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehn	8,04 €	3,00 €
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	15,37 €	3,00 €
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder de	7,87 €	3,00 €
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürt	14,30 €	3,00 €
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	10,73 €	3,00 €
34233	Aufnahmen der Extremitäten	10,73 €	3,00 €
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweicht.	7,51 €	3,00 €
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine	8,58 €	3,00 €
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei	15,37 €	3,00 €
34600	Osteodensitometrie (Photonenabsorptions-	16,27 €	3,00 €

II.18 Nervenärzte

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
16220	Neurologisches Gespräch (Einzelbehandlung)	9,12 €	1,50 €
16222	Zuschlag zu GOP 16220 (schwere Störung)	11,44 €	1,00 €

II.19 Neurologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
16220	Neurologisches Gespräch (Einzelbehandlung)	9,12 €	0,40 €
16222	Zuschlag zu GOP 16220 (schwere Störung)	11,44 €	1,00 €

II.20 Psychiater < 30%-Anteil Psychotherapie

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
21230	Kontinuierl. Mitbetreuung in häusl. Umgebung	37,90 €	3,00 €
21231	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,09 €	2,00 €

II.21 Psychiater > 30%-Anteil Psychotherapie

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
21230	Kontinuierl. Mitbetreuung in häusl. Umgebung	37,90 €	3,00 €
21231	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,09 €	2,00 €

II.22 KJ-Psychiater

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung	13,76 €	0,20 €
14240	Psychiatrische Betreuung	20,02 €	2,00 €
14313	Kontinuierl. Mitbetreuung in häusl. Umgebung	37,90 €	10,00 €
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,09 €	5,00 €

II.23 Orthopäden

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	10,73 €	1,00 €
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und	7,51 €	1,00 €
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des	10,73 €	1,00 €
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	9,65 €	1,00 €
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	15,37 €	1,00 €
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	18,95 €	1,00 €
34223	Myelographie(n)	76,15 €	1,00 €
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder der	7,87 €	1,00 €
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	14,30 €	1,00 €
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	10,73 €	1,00 €
34233	Aufnahmen der Extremitäten	10,73 €	1,00 €
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichte	7,51 €	1,00 €
34235	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ell.	66,50 €	1,00 €
34237	Röntgenteilaufn. des Beckens mind. 2 Ebenen	14,30 €	1,00 €
34238	Lstg. im Zus. m. den Lstgn. Nr. 34230-34233	10,73 €	1,00 €

34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine	8,58 €	1,00 €
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei	15,37 €	1,00 €
34242	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung d	29,85 €	1,00 €
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	9,65 €	1,00 €
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebe.	14,30 €	1,00 €
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	10,73 €	1,00 €
34246	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	30,57 €	1,00 €
34247	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens,	47,91 €	1,00 €
34248	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarm	106,72 €	1,00 €
34250	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, de	42,37 €	1,00 €
34251	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarm	89,92 €	1,00 €
34255	Ausscheidungsurographie	42,90 €	1,00 €
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	58,45 €	1,00 €
34257	Retrograde Pyelographie	89,38 €	1,00 €
34260	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, H	38,08 €	1,00 €
34280	Durchleuchtung(en)	9,65 €	1,00 €
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fr	6,08 €	1,00 €
34282	Schichtaufnahmen	40,40 €	1,00 €
34294	Phlebographie	40,76 €	1,00 €
34295	Zuschlag Computergestützte Analyse	8,22 €	1,00 €
34296	Phlebographie des Brust- und/oder Bauch	82,23 €	1,00 €
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	69,54 €	1,00 €

II.24 Rehamediziner

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
30200	Chirotherapeutischer Eingriff	5,36 €	1,50 €
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wir	7,15 €	1,50 €
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzel)	8,76 €	1,50 €
30400	Massagetherapie	7,51 €	1,50 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	9,47 €	1,50 €
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	15,37 €	1,50 €
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder de	7,87 €	1,50 €
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	14,30 €	1,50 €
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	10,73 €	1,50 €
34233	Aufnahmen der Extremitäten	10,73 €	1,50 €
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweicht.	7,51 €	1,50 €
34237	Röntgenteilaufn. des Beckens mind. 2 Ebenen	14,30 €	1,50 €

II.25 Urologen

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
01410	Besuch	21,45 €	4,00 €
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,73 €	2,00 €
33042	Abdominelle Sonographie	15,91 €	0,50 €
33043	Uro-Genital-Sonographie	8,76 €	0,50 €

II.26 Internisten ohne Schwerpunkt

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
33012	Schilddrüsen-Sonographie	8,58 €	2,00 €
33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verf.)	27,17 €	2,50 €
33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	33,96 €	3,00 €
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	74,72 €	5,00 €
33042	Abdominelle Sonographie	15,91 €	0,50 €
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,47 €	2,00 €
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	26,28 €	3,00 €

III. Fachärztlicher Versorgungsbereich, hier: psychotherapeutische Versorgung**III.1 Psychologische Psychotherapeuten****III.2 KJ-Psychotherapeuten (nur GOP 23330)****III.3 Ärzte Psychotherap. Medizin****III.4 Psychotherapeut.****Ärzte für alle:**

GOP	Leistungsbereich (Kurztext)	EBM-Wert GOP	Zuschlag
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbeh.)	10,90 €	0,25 €
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbeh.)	10,90 €	0,25 €

Frankfurt, den 22. Februar 2014
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der
Vertreterversammlung

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

Frankfurt, den 22. Februar 2014
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der
Vertreterversammlung

Impressum:

Herausgeber (V.i.S.d.P.)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
vertreten durch den Vorstand

Redaktion

Karl Matthias Roth
Katharina Guntersdorf
Petra Bendrich

Kontakt zur Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion „Auf den Punkt“
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt

Tel.: (0 69) 7 95 02-467

Fax: (0 69) 7 95 02-501

E-Mail: aufdenpunkt@kvhessen.de

Grafik

Judith Scherer

Druck

Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH

Nachdruck:

Der Inhalt dieser Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder Kopie sowie die Vervielfältigung auf Datenträger dürfen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Herausgeber erfolgen. Eine Weitervermarktung von Inhalten ist untersagt.

Zuschriften:

Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor.

Haftungsausschluss:

Trotz sorgfältiger Recherche und Erstellung dieser Broschüre kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr übernommen werden. Haftungsansprüche sind ausgeschlossen.

Bezugspreis:

„Auf den Punkt“ erhalten alle hessischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft der KV Hessen. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Sie finden uns im Internet unter:

Kontakt zur Redaktion:
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion „Auf den Punkt“
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt

www.kvhessen.de/aufdenpunkt_2014

