



Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 01. Januar 2024

ab dem Quartal I/2024

LESEFASSUNG

(ohne Gewähr, maßgeblich sind ausschließlich die satzungsgemäß
veröffentlichten Änderungen)

Stand: 16.03.2024

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (eGV)

Abschnitt II

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)

Teil A: Verteilung der mGV

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

3. Grundbeträge

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge

3.1.1 Steigerung der Ausgangswerte

3.1.2 Bildung Vergütungsvolumina durch Multiplikation Versichertenzahlen

3.1.3 Bereinigung (Ein-Ausdeckelung; HZV; Kostenerstatter; ASV; Leistungsbereichsverschiebung)

3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen

1. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)

- 1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo BD/Notfall
- 1.2 Leistungen innerhalb Dienstzeiten
- 1.3 Leistungen außerhalb Dienstzeiten
- 1.4 Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit
- 1.5 Wegegelder im ÄBD mit Fahrdienst
- 1.6 Zuschläge für Wegegelder
- 1.7 Über- / Unterschreitungen

2. Grundbetrag Labor

- 2.1 Rückstellungen
 - 2.1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Labor
- 2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen
 - 2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus
 - 2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM
- 2.3 Über-/ Unterschreitungen

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene

- 3.1 Überträge aus Vorquartalen
- 3.2 Rückstellungen
- 3.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche
 - 3.3.1 Vorwegleistungen
 - 3.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen
 - 3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen
- 3.4 Regelleistungsvolumen
 - 3.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert
- 3.5 Arztbezogenes RLV
 - 3.5.1 Abstaffelung arztbezogenes RLV
 - 3.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV
 - 3.5.3 BAG Aufschlag
- 3.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen
 - 3.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert
- 3.7 Arztbezogenes QZV
- 3.8 freie Leistungen
- 3.9 Vergütung innerhalb der Bereiche
 - 3.9.1 Leistungen RLV/QZV
 - 3.9.2 freie Leistungen
 - 3.9.3 Vorwegleistungen

- 3.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen
- 3.10 Anträge
- 3.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

4. Grundbetrag fachärztliche Versorgungsebene

- 4.1 Überträge aus Vorquartalen
- 4.2 Rückstellungen
- 4.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche
 - 4.3.1 Vorwegleistungen
 - 4.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen
 - 4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen
- 4.4 Regelleistungsvolumen
 - 4.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert
- 4.5 Arztbezogenes RLV
 - 4.5.1 Abstaffelung arztbezogenes RLV
 - 4.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV
 - 4.5.3 BAG Aufschlag
- 4.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen
 - 4.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert
- 4.7 Arztbezogenes QZV
- 4.8 freie Leistungen
- 4.9 Vergütung innerhalb der Bereiche
 - 4.9.1 Leistungen RLV/QZV
 - 4.9.2 freie Leistungen
 - 4.9.3 Vorwegleistungen
 - 4.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen
- 4.10 Anträge
- 4.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
- 4.12 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

5. Grundbetrag Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)

- 5.1 Vergütung
- 5.2 Über-/ Unterschreitungen

6. Grundbetrag Genetisches Labor

- 6.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo genetisches Labor
- 6.2 Vergütung
- 6.3 Über-/ Unterschreitungen

7. Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin

- 7.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Kinder- und Jugendmedizin
- 7.2 Vergütung
- 7.3 Über-/Unterschreitungen

Teil C: Bereinigungen

1. **Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)**

2. **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)**

2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

2.3 Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

2.4 Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

2.5 Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

2.6 Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV/frL je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

2.7 Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis

2.8 Bereinigung von Vorwegabzügen im Abrechnungsquartal

3. **Bereinigung bei Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle (TSS) zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus**

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

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Anlage 2 QZV Zuordnung

Anlage 3 Nicht besetzt

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2024

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

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

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 2024 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 2024 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2024 (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 2024 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.

Abschnitt II

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)

Teil A: Verteilung der mGV

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Auf der Basis des § 87b SGB V und insbesondere der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung wird das folgende Verfahren zur Verteilung des Ausgabenvolumens nach § 87 d Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V festgelegt.

Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.

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

Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) wird ab dem Quartal 4/2022 ein Anteil in Höhe von 0,1% der in Abschnitt II Teil A Nr. 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

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)
- Kinder- und Jugendmedizin (GB KiJu)

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert (ausgenommen GB KiJu) ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der noch nicht bereits berücksichtigten arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4, 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.

a) Erhöhung im fachärztlichen Grundbetrag in den Quartalen 1/2023 - 4/2023:

Für das 1. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32819 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der

„rechnerischen Quote Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

b) Weitere Erhöhung im fachärztlichen Grundbetrag in den Quartalen 1/2023 - 4/2023:

Für das 1. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01842 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

c) Erhöhung im Grundbetrag Labor in den Quartalen 1/2023 - 4/2023:

Für das 1. Quartal 2023 bis zum 4. Quartal 2023 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert Fortschreibung des Grundbetrags Labor in gleicher Höhe erhöht:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird mit der „rechnerischen Quote genetisches Labor“ multipliziert und durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal dividiert. Die „rechnerische Quote genetisches Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrags „genetisches Labor“ (ohne Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen) den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem Grundbetrag „genetisches Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.

d) Anpassung des hausärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags „Kinder- und Jugendmedizin“ in den Quartalen 2/2023 – 1/2024:

Für das 2. Quartal 2023 bis zum 1. Quartal 2024 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrags um die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung festgesetzte, auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende mGV (Kap. 4 EBM ohne GOP 04003-04005 inkl. Suffix) basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Kinder- und Jugendmedizin“ in gleicher Höhe festgelegt.

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge

Nach Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals nach Abschnitt II Teil A 3. erfolgt die Fortschreibung aller Grundbeträge nach folgendem Verfahren.

3.1.1 Steigerung der Ausgangswerte

Die Ausgangswerte je Versicherten für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden u. a. mit den vereinbarten Veränderungsdaten Demographie und Morbidität (Schieberegler) und der regionalen Punktwertsteigerung zum Vorjahr entsprechend den Regelungen im jeweils maßgeblichen regionalen Honorarvertrag multipliziert.

3.1.2 Bildung Vergütungsvolumina durch Multiplikation Versichertenzahlen

Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der aktuellen Versichertenzahl, welche im aktuellen Abrechnungsquartal bei Bestimmung der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. verwendet wird, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina für die Grundbeträge.

3.1.3 Bereinigung (Ein-Ausdeckelung; HZV; Kostenerstatter; ASV; Leistungsbereichsverschiebung)

In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen 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.

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 mit Ausnahme des Grundbetrages „Kinder- und Jugendmedizin“ dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen

1. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)

Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41 (Ärztlicher Notfalldienst), 44 (Notfalldienst mit Taxi), 45 (Notarzt-/Rettungswagen) oder 46 (Zentraler Notfalldienst) sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 (Notfall) vergütet.

1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo (GB BD/Notfall)

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal nach Abschnitt II Teil B 1.7 berücksichtigt.

1.2 Leistungen innerhalb Dienstzeiten

Leistungen des Bereitschaftsdienstes und Leistungen der Notfallbehandlungen die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen - inklusive des Kapitels 32 EBM - und auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 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 abgerechnet werden, werden aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst/Notfall unquotiert vergütet, soweit die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind. Sofern als Bestandteil einer Notfall-Erstversorgung bei einer ambulanten Notfallbehandlung sogenannte Leistungen der Regelversorgung erbracht werden, sind die besonderen Umstände des Einzelfalls im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

1.3 Leistungen außerhalb Dienstzeiten

Alle weiteren nicht zu den in der BDO der KV Hessen unter § 5 Abs. 2 genannten Dienstzeiten sowie zu den durch den Vorstand der KV Hessen genehmigten Zusatzzeiten erbrachten Leistungen des Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlungen die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen - inklusive des Kapitels 32 EBM - und auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 abgerechnet werden, werden ebenfalls aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst/Notfall unquotiert vergütet, soweit es sich um einen begründeten Notfall handelt und die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind. Die Begründung für die vorgenommene Notfallbehandlung ist in diesem Leistungszeitraum im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen. Sofern zugleich als Bestandteil einer Notfall-Erstversorgung bei einer ambulanten Notfallbehandlung sogenannte Leistungen der Regelversorgung erbracht werden, sind die besonderen Umstände des Einzelfalls im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

1.4 Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit

Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit werden bei der Abrechnungsbearbeitung abgesetzt.

1.5 Wegegelder im ÄBD mit Fahrdienst

Abgerechnete Wegegelder im ÄBD mit Fahrdienst, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen und auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 abgerechnet werden, werden aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst/Notfall entnommen und dem ÄBD Haushalt zugeführt. Es erfolgt keine Vergütung an die entsprechenden Ärzte.

1.6 Zuschläge für Wegegelder

Zuschläge für Wegegelder im ÄBD, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen und auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 abgerechnet werden, werden aus dem ÄBD Haushalt finanziert und dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst/Notfall zugeführt.

1.7 Über- / Unterschreitungen

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung einer Über-/Unterschreitung im Vergütungsvolumen des Grundbetrags Bereitschaftsdienst/Notfall erfolgt anteilig nach der Anzahl der Vertragsärzte nach Zuordnung in die entsprechende Versorgungsebene nach Anlage 1 in den bzw. aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag im Abrechnungsquartal. Die Finanzmittel zur Finanzierung des Unterschusses werden zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe e) im Grundbetrag Hausärzte und der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe e) im Grundbetrag Fachärzte gebildeten Rückstellung nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen.

Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags Bereitschaftsdienst/Notfall sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

2. Grundbetrag Labor

2.1 Rückstellungen

2.1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Labor

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal nach Abschnitt II Teil B 2.3 berücksichtigt.

2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen

2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Grundbetrag mit einer Auszahlungsquote in Höhe von mindestens 89% bei einer rechnerischen Quote <89% und höchstens 94% bei einer rechnerischen Quote > 94% vergütet. In dem Bereich zwischen 89% bis 94% kommt die rechnerische Quote zur Anwendung.

2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) werden mit einer Auszahlungsquote in Höhe von mindestens 89% bei einer rechnerischen Quote <89% und höchstens 94% bei einer rechnerischen Quote > 94% vergütet. In dem Bereich zwischen 89% bis 94% kommt die rechnerische Quote zur Anwendung.

2.3 Über-/ Unterschreitungen

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines noch bestehenden Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ nach Verwendung der zurückgestellten Finanzmittel nach Abschnitt II Teil B 2.1.2 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des Grundbetrags Labor des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. Die Finanzmittel zur Finanzierung des Unterschusses werden zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe e) im Grundbetrag Hausärzte und der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe e) im Grundbetrag Fachärzte gebildeten Rückstellung nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags ebenfalls nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des Grundbetrags Labor des jeweiligen Abrechnungsquartals. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags Labor sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene (GB HÄ)

Aus dem hausärztlichen Grundbetrag erfolgt unter Berücksichtigung der Überträge aus Vorquartalen, Rückstellungen und Vorwegabzügen die Vergütung der Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und freien Leistungen (frL).

3.1 Überträge aus Vorquartalen

Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene, die ihrer Fortbildungspflicht nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung (außer Kosten) unterzogen. Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene, die ihrer gesetzlichen Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach § 291 SGB V nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen.

Beide Kürzungen aus dem Vorquartal werden dem Grundbetrag des aktuellen Quartals wieder zugeführt.

Die Über-/Unterschreitung aus dem zu erwartenden und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des Vorjahresquartals ist zu berücksichtigen. Hierbei sind auch die hausärztlichen Anteile der FKZ-Salden des Vorjahresquartals aus den Grundbeträgen Labor nach Abschnitt II Teil B 2.1 und Bereitschaftsdienst/Notfall nach Abschnitt II Teil B 1.1 zu berücksichtigen.

Weiterhin wird die Differenz zwischen angeforderten und tatsächlich vergüteten EGV-Leistungen im FKZ des Vorjahresquartals übertragen.

3.2 Rückstellungen

Aus dem Grundbetrag sind folgende Rückstellungen zu bilden:

- a) Zu erwartende Zahlungen für Sicherstellung, Honorarkorrekturen, schwebende Verfahren und Praxisbesonderheiten
- b) 12.500 € zur Förderung von Praxisnetzen
- c) Zu erwartender FKZ-Saldo im hausärztlichen Versorgungsbereich
Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals abzüglich Leistungen aus Kap. 4 EBM (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM), die in den Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ im Abschnitt II Teil B Nr.7.1 überführt und dort für den erwarteten FKZ-Saldo zurückgestellt werden, gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag HÄ berücksichtigt
- d) Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (Volumen = tatsächlicher Aufschlag im Vorquartal nach Abschnitt II Teil B 3.5.3 bei Praxen mit entsprechender Voraussetzung).
- e) Rückstellung für den Ausgleich der Grundbeträge Labor und Bereitschaftsdienst/Notfall. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

3.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche

Nach Berücksichtigung der Ziffern 3.1 und 3.2 des Teils B ergeben sich die unter Abschnitt II Teil B 3.3.1 bis 3.3.3 nach Berücksichtigung der Anlage 5 beschriebenen Vergütungsbereiche und deren jeweils zu bildende Verteilungsvolumen.

3.3.1 Vorwegleistungen

Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich wie nachfolgend aufgeführt:

- a) Verteilungsvolumen zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals.
- b) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Haus- und Heimbisuchen der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- c) Verteilungsvolumen für Leistungen von Arztgruppen ohne RLV nach Anlage 1, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals abzüglich Leistungen aus Kap. 4 EBM, die in den Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ überführt werden, gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- d) Verteilungsvolumen für Leistungen zu ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM. Basis bilden die 2.191.572,- € (für Hessen) je Quartal in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Finanzmittel nach Beschluss des Bewertungsausschusses in der 402. Sitzung am 19.09.2017 gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- e) Verteilungsvolumen zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM und von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A). Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- f) Verteilungsvolumen zur Vergütung der hausärztlichen Strukturpauschale in Höhe von 900.000,- €, die aus der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung finanziert werden.
- g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von hausärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.
- h) Verteilungsvolumen zur Vergütung der von Kinder- und Jugendärzten innerhalb der mGV erbrachten restlichen Leistungen (ausgenommen Leistungen im Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin). Basis bildet die Differenz aus dem Vorjahreshonorar für die Vergütung aus mGV Leistungen abzüglich Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 zuzüglich Neupatientenregelung (Anlage 5 lfd. Nr. 22) bei Kinder- und Jugendärzten nach Anlage 1 und dem Finanzvolumen aus nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe d) bestimmten Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“.

3.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Als Verteilungsvolumen zur Vergütung der RLV/QZV überschreitenden Leistungen werden 2% des GB HÄ nach Abschnitt II Teil A 3.2 zur Verfügung gestellt.

3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen und für RLV/QZV überschreitende Leistungen bildet das verbleibende Volumen das Budget für die Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumina und freie Leistungen. Diesem Budget wird die relevante TSVG Bereinigung für den hausärztlichen Versorgungsbereich nach Abschnitt II Teil C Nr. 4 hinzugefügt.

Das ermittelte Budget/Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- a) Vergütungsbereich für die Vergütung hausärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen.
- b) Vergütungsbereich für die Vergütung hausärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- c) Vergütungsbereich für freie Leistungen.

Basis für die Aufteilung bilden auch hier die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche RLV/QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen Vergütungsbereiche erfolgt nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil RLV, QZV oder frL nach Anlage 2 an der zuvor ermittelten gesamten Leistungsanforderung RLV/QZV und frL.

3.4 Regelleistungsvolumen

Die Regelleistungsvolumen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Die Regelleistungsvolumen werden je Arzt ermittelt. Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Bei der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75 a SGB V werden die durch diesen Assistenten abgerechneten Fälle durch den anstellenden Arzt abgerechnet. Durch die Abstufung des arztbezogenen RLV wird einer Ausweitung durch diese Tätigkeit vorgebeugt.

Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die Ermittlung des Regelleistungsvolumens nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit.

Ermächtigte Haus- und Kinderärzte, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich kein Regelleistungsvolumen. Der Vorstand der KV Hessen kann hierzu eine abweichende Entscheidung treffen.

3.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald eine Leistung in einem Arzt- bzw. Behandlungsfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich RLV/QZV/freie Leistungen unterliegt, löst diese einen entsprechenden RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall aus. 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.

Zur Umsetzung des Arztbezuges nach Abschnitt II Teil B 3.4 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV relevanten Arztfälle der Zahl der RLV relevanten Behandlungsfälle.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV relevanten Fälle eines Arztes der Zahl der RLV relevanten Behandlungsfälle der Praxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Beispielrechnung

	RLV relevante Arztfallzahl	Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl	RLV relevante Behandlungsfallzahl	Angepasste RLV relevante Arztfallzahl
Arzt A	600	33,3%	1.500	500
Arzt B	900	50,0%		750
Arzt C	300	16,7%		250
	1.800	100,0%		1.500

Die Summe der angepassten RLV relevanten Fälle der Ärzte einer Praxis (RLV-Fälle) entspricht damit immer der Anzahl der RLV relevanten Behandlungsfälle der Praxis.

Aus der Division des in Abschnitt II Teil B 3.3 bestimmten RLV-Verteilungsvolumen und der Summe der in Absatz 2 ermittelten RLV-Fälle des aktuellen Quartals je Arztgruppe, resultiert der RLV-Fallwert je Arztgruppe. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Abs. 4 Satz 1 muss mindestens den Wert der durchschnittlichen gewichteten Versichertenpauschale der entsprechenden Arztgruppe abdecken. Ist dies nicht der Fall, so wird das arztgruppenspezifische RLV-Verteilungsvolumen zu Lasten des arztgruppenspezifischen QZV-/frL-Verteilungsvolumens innerhalb einer Arztgruppe bis zum Erreichen dieses Wertes gestützt. Wird der Wert der durchschnittlichen altersgewichteten 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 Arztgruppen von der Stützung auf den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Versichertenpauschale der entsprechenden Arztgruppe abgesehen werden.

3.5 Arztbezogenes RLV

Aus der Multiplikation des in Abschnitt II Teil B 3.4.1 ermittelten Fallwertes und der individuellen RLV relevanten Fallzahl des aktuellen Quartals ergibt sich das arztbezogene RLV.

3.5.1 Abstufung arztbezogenes RLV

Das nach Abschnitt II Teil B 3.5 ermittelte arztbezogene RLV wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall des aktuellen Quartals wie folgt gemindert:

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

Der Teilnahmeumfang eines Arztes lt. Zulassungsbeschluss ist bei der Ermittlung der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe zu berücksichtigen.

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 Fallzahlabstufung nach Absatz 1 keine Anwendung.

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

3.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV

Zur Berücksichtigung der Morbidität kommt folgende Funktion zur Anwendung:

f = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr.

g = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

h = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr.

i = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 55. bis zum vollendeten 74. Lebensjahr.

j = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 75. Lebensjahr.

k = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte.

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 4. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_i = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 55. bis zum vollendeten 74. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_j = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 75. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von allen Versicherten im aktuellen Quartal.

$$\frac{nf \times \frac{f}{k} + ng \times \frac{g}{k} + nh \times \frac{h}{k} + ni \times \frac{i}{k} + nj \times \frac{j}{k}}{n}$$

Mit dem hieraus resultierenden Faktor wird das arztbezogene RLV nach Abschnitt II Teil B 3.5 multipliziert.

3.5.3 BAG Aufschlag

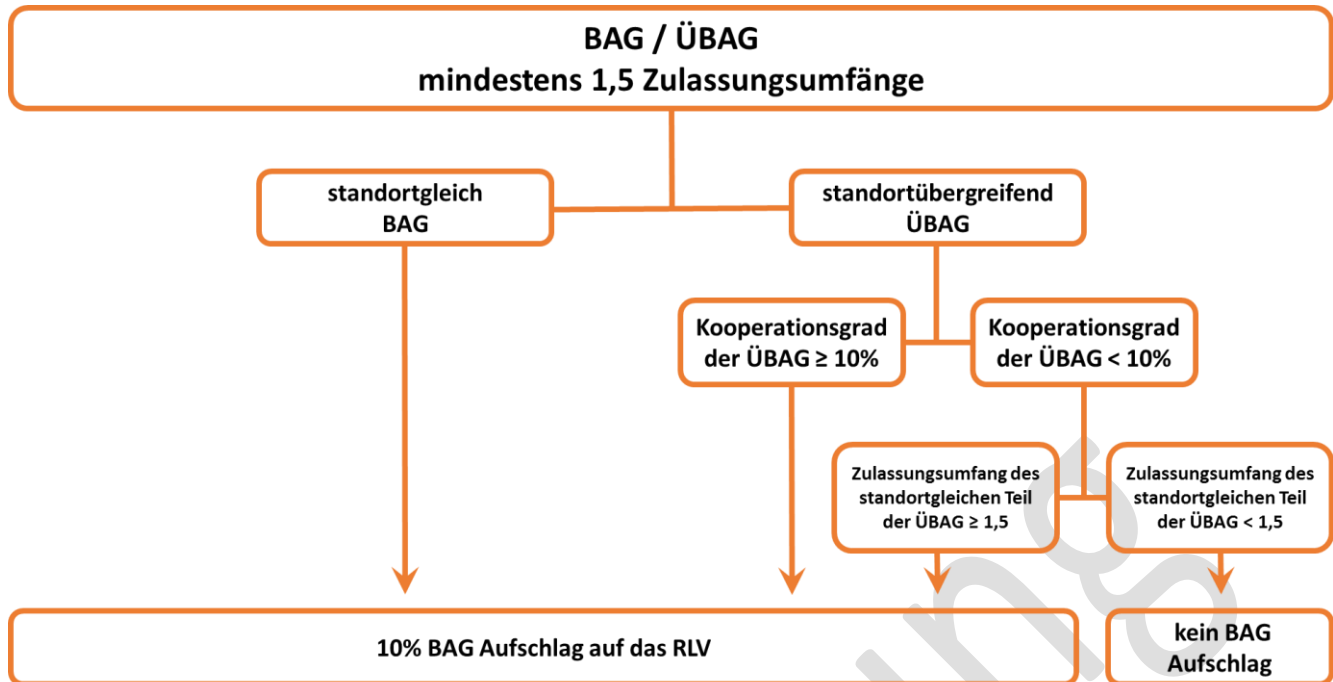
Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht
- b) bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad¹ von mindestens 10 % erreicht wird.

Grundlage für die Ermittlung des Zuschlages ist der Status der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Gewährung ist, dass in der Praxis insgesamt mindestens 1,5 Zulassungsumfänge von RLV-relevanten Arztgruppen vertreten sind.

Für die Vergütung der Zuschläge nach a) und b) wird das Rückstellungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe d) aus dem RLV-Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt.

¹ Kooperationsgrad = Summe der arztbezogenen RLV-Fälle einer BSNR dividiert durch die praxisbezogenen RLV-Fälle -1



3.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden quartalsbezogen je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die Ermittlung des QZV nach dem jeweiligen Schwerpunkt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

Das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 3.3.3 Buchstabe b) wird auf die einzelnen QZV nach Anlage 2 aufgeteilt.

Basis für die Aufteilung bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen QZV erfolgt nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil des jeweiligen QZV nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

Ab dem Quartal 4/2019 werden die palliativmedizinischen Leistungen (GOP 03370 – 03374) nach Anlage 5 Nr. 4 wieder Bestandteil der mGV. Für diese eingedeckelten Finanzmittel wird ein neues QZV 76 „Palliativmedizinische Versorgung“ nach Anlage 2 geschaffen. Die Eindeckung der Finanzmittel findet in Abschnitt II Teil A 3.1.3 Anwendung.

3.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald im aktuellen Quartal eine Leistung in einem Arztfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich QZV einer Arztgruppe unterliegt, werden die aktuellen RLV relevanten Fälle der Ärzte in dieser Arztgruppe, welche das jeweilige QZV abrechnen, aufsummiert und bilden die Gesamtfallzahl je QZV der Arztgruppe.

Aus der Division des in Abschnitt II Teil B 3.6 bestimmten QZV-Verteilungsvolumens je QZV und der in Absatz 1 bestimmten Gesamtfallzahl resultieren die QZV-Fallwerte je Arztgruppe.

Der Fallwert je QZV beträgt mindestens 0,01 €.

3.7 Arztbezogene QZV

Aus der Multiplikation des in Abschnitt II Teil B 3.6.1 ermittelten Fallwertes und der arztindividuellen RLV relevanten Fallzahl nach Abschnitt II Teil B 3.4.1 ergeben sich die arztbezogenen QZV's, sofern der Arzt mindestens eine Leistung des QZV's nach Anlage 2 im aktuellen Quartal abgerechnet hat.

3.8 freie Leistungen

Die freien Leistungen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 3.3.3 Buchstabe c) wird auf die einzelnen freien Leistungen nach Anlage 2 aufgeteilt.

Basis für die Aufteilung bilden analog zu den QZV die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen freien Leistungen erfolgt nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil der jeweiligen frL nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

3.9 Vergütung innerhalb der Bereiche

3.9.1 Leistungen RLV/QZV

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 angepassten, RLV bzw. QZV zu 100% vergütet.

Die arztindividuellen RLV und QZV werden bei Überschreitung miteinander verrechnet.

Sofern ein Arzt innerhalb einer BAG sein RLV/QZV Volumen nicht ausschöpft, kann das noch zur Verfügung stehende Volumen von in der Praxis beteiligten Vertragsärzten genutzt werden, um eine mögliche RLV/QZV Überschreitung praxisbezogen zu verringern oder auszugleichen.

3.9.2 freie Leistungen

Die Leistungsanforderung für jede frL nach Anlage 2 wird dem in Abschnitt II Teil B 3.8 jeweils zur Verfügung stehenden Verteilungsvolumen gegenübergestellt.

Sofern dieses Volumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der frL. Bei einer Unterschreitung erfolgt eine Verrechnung mit dem RLV/QZV Unter-/Überschreitung.

Bei den Ärzten der Arztgruppe 1 nach Anlage 2 werden die frL der Nummern 7,11,12 und 24 mit ihrem Verteilungsvolumen und ihrer Leistungsanforderung zusammengefasst und bei einer möglichen Überschreitung einheitlich quotiert.

3.9.3 Vorwegleistungen

Die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 unter a) bis h) genannten Leistungen und Leistungsbereiche werden nach folgender Systematik vergütet:

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 3.9.4 verrechnet.

Zu b) und c) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung

die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung des Verteilungsvolumens für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 3.9.4 aufgefüllt.

Zu d) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, wird das restliche Vergütungsvolumen zur Erhöhung des Verteilungsvolumens ärztlicher Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens nach Abschnitt II Teil B 3.3.3 Buchstabe a), für die in Anlage 1 genannte Arztgruppe der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören verwendet.

Zu e) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 89% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 3.9.4 verrechnet.

Zu f) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Vergütung der hausärztlichen Strukturpauschale wird in Anlage 6 HVM geregelt.

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.

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

3.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Das Verteilungsvolumen für die RLV/QZV überschreitenden Leistungen nach Abschnitt II Teil B 3.3.2 wird grundsätzlich um die noch zur Verfügung stehenden Gelder nach Abschnitt II Teil B 2.3 und 3.2 Buchstabe e) sowie aus der Über-/Unterschreitung innerhalb der Vergütungsbereiche nach Abschnitt II Teil B 3.9.1, 3.9.2 und 3.9.3 erhöht und steht der Leistungsanforderung, die nicht nach Abschnitt II Teil B 3.9.1 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.

3.10 Anträge

Der Vorstand der KV Hessen kann im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet darüber hinaus im Einzelfall.

3.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Gesamthonorar der Ersatz- und Primärkassen einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden korrespondierenden Vorjahresquartal, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, wenn sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang mindert, die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf eine neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

Lesefassung

4. Grundbetrag fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ)

Aus dem fachärztlichen Grundbetrag erfolgt unter Berücksichtigung der Überträge aus Vorquartalen, Rückstellungen und Vorwegabzügen die Vergütung der Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) und freien Leistungen (frL).

4.1 Überträge aus Vorquartalen

Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene, die ihrer Fortbildungspflicht nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung (außer Kosten) unterzogen. Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene, die ihrer gesetzlichen Pflicht zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach § 291 SGB V nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen.

Beide Kürzungen aus dem Vorquartal werden dem Grundbetrag des aktuellen Quartals wieder zugeführt.

Die Über-/Unterschreitung aus dem zu erwartenden und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des Vorjahresquartals ist zu berücksichtigen. Hierbei sind auch die fachärztlichen Anteile der FKZ-Salden des Vorjahresquartals aus den Grundbeträgen Labor nach Abschnitt II Teil B 2.1 und Bereitschaftsdienst/Notfall nach Abschnitt II Teil B 1.1 zu berücksichtigen.

Weiterhin wird die Differenz zwischen angeforderten und tatsächlich vergüteten EGV-Leistungen im FKZ des Vorjahresquartals übertragen.

4.2 Rückstellungen

Aus dem Grundbetrag sind folgende Rückstellungen zu bilden:

- a) Zu erwartende Zahlungen für Sicherstellung, Honorarkorrekturen, schwebende Verfahren und Praxisbesonderheiten
- b) 12.500 € zur Förderung von Praxisnetzen
- c) Zu erwartender FKZ-Saldo im fachärztlichen Versorgungsbereich

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsdaten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag FÄ berücksichtigt

- d) Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (Volumen = tatsächlicher Aufschlag im Vorquartal nach Abschnitt II Teil B 4.5.3 bei Praxen mit entsprechender Voraussetzung)
- e) Rückstellung für den Ausgleich der Grundbeträge Labor und Bereitschaftsdienst/Notfall. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

4.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche

Nach Berücksichtigung der Ziffern 4.1 und 4.2 des Abschnitt II Teil B ergeben sich die unter Abschnitt II Teil B 4.3.1 bis 4.3.3 nach Berücksichtigung der Anlage 5 beschriebenen Vergütungsbereiche und deren jeweils zu bildende Verteilungsvolumen.

4.3.1 Vorwegleistungen

Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich wie nachfolgend aufgeführt:

- a) Verteilungsvolumen zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals

- b) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Haus- und Heimbefuchen der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- c) Verteilungsvolumen für Leistungen von Arztgruppen ohne RLV nach Anlage 1, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- d) Verteilungsvolumen zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19.2 und 19.3 EBM durch Pathologen, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- e) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten für nach den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien innerhalb der MGV erbrachten Leistungen, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- f) Verteilungsvolumen zur Vergütung von anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05210-05212, 05330, 05331, 05340 und 05350 EBM bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie erbracht werden. Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM, von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A) und Laborgrundpauschalen (GOP 12210, 12220 und 12230 EBM). Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- h) Verteilungsvolumen zur Vergütung von fachärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.
- i) Verteilungsvolumen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

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 und 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.

4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen und für RLV/QZV überschreitende Leistungen bildet das verbleibende Volumen das Budget für die Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumina und freie Leistungen. Diesem Budget wird die relevante TSVG Bereinigung für den fachärztlichen Versorgungsbereich nach Abschnitt II Teil C Nr. 4 hinzugefügt.

Für die Aufteilung je Arztgruppe bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019 die Basis. Hierbei wird die Leistungsanforderung der genannten Quartale mit dem EBM 2020 transkodiert. Des Weiteren wird die aktuelle Zuordnung zum Vergütungsbereich RLV/QZV/frL (sofern diese Leistungen der MGV unterliegen und nicht in anderen Grundbeträgen bereits berücksichtigt sind) herangezogen.

Die Leistungsanforderung je Arztgruppe ins Verhältnis zur gesamten Leistungsanforderung der Versorgungsebene gesetzt, ergibt den prozentualen Anteil je Arztgruppe. Dieser wird mit dem Verteilungsvolumen multipliziert und ergibt das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen RLV/QZV und freie Leistungen je Arztgruppe nach Anlage 1.

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen.
- b) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

c) Vergütungsbereich für freie Leistungen.

Basis für die Aufteilung bilden auch hier die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transkodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche RLV/QZV und frL je Arztgruppe herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen Vergütungsbereiche erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil RLV, QZV oder frL nach Anlage 2. an der zuvor ermittelten gesamten Leistungsanforderung RLV/QZV und frL je Arztgruppe.

Dem nach Buchstabe a) gültigen Vergütungsbereich wird bei einer möglichen Unterschreitung nach Abschnitt II Teil B 4.9.2 das unterschrittene Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals als zusätzliches Verteilungsvolumen zur Verfügung gestellt.

4.4 Regelleistungsvolumen

Die Regelleistungsvolumen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Die Regelleistungsvolumen werden je Arzt ermittelt. Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die Ermittlung des Regelleistungsvolumens nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit.

Ermächtigte Fachärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich kein Regelleistungsvolumen. Der Vorstand der KV Hessen kann hierzu eine abweichende Entscheidung treffen.

4.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald eine Leistung in einem Arzt- bzw. Behandlungsfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich RLV/QZV/freie Leistungen unterliegt, löst diese einen entsprechenden RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall aus. 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.

Zur Umsetzung des Arztbezuges nach Abschnitt II Teil B 4.4 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV relevanten Arztfälle der Zahl der RLV relevanten Behandlungsfälle.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV relevanten Fälle eines Arztes der Zahl der RLV relevanten Behandlungsfälle der Praxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl der Praxis.

Beispielrechnung

	RLV relevante Arztfallzahl	Anteil an der RLV relevanten Arztfallzahl	RLV relevante Behandlungsfallzahl	Angepasste RLV relevante Arztfallzahl
Arzt A	600	33,3%	1.500	500
Arzt B	900	50,0%		750
Arzt C	300	16,7%		250
	1.800	100,0%		1.500

Die Summe der angepassten RLV relevanten Fälle der Ärzte einer Praxis (RLV-Fälle) entspricht damit immer der Anzahl der RLV relevanten Behandlungsfälle der Praxis.

Aus der Division des in Abschnitt II Teil B 4.4 bestimmten RLV-Verteilungsvolumen und der Summe der in Absatz 2 ermittelten RLV-Fälle des aktuellen Quartals je Arztgruppe resultiert der RLV-Fallwert je Arztgruppe.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Absatz 4 muss mindestens den Wert der durchschnittlichen gewichteten Grundpauschale der entsprechenden Arztgruppe abdecken. Ist dies nicht der Fall, so wird das arztgruppenspezifische RLV-Verteilungsvolumen zu Lasten des arztgruppenspezifischen QZV-/frL-Verteilungsvolumens innerhalb einer Arztgruppe bis zum Erreichen dieses Wertes gestützt. Wird der Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grundpauschale 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 Arztgruppen von der Stützung auf den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grundpauschale der entsprechenden Arztgruppe abgesehen werden.

4.5 Arztbezogenes RLV

Aus der Multiplikation des in Abschnitt II Teil B 4.4.1 ermittelten Fallwertes und der individuellen RLV relevanten Fallzahl des aktuellen Quartals ergibt sich das arztbezogene RLV.

4.5.1 Abstufung arztbezogenes RLV

Das nach Abschnitt II Teil B 4.5 ermittelte arztbezogene RLV wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall des aktuellen Quartals wie folgt gemindert:

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

Der Teilnahmeumfang eines Arztes lt. Zulassungsbeschluss ist bei der Ermittlung der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe zu berücksichtigen.

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 Fallzahlabstufung nach Absatz 1 keine Anwendung.

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

4.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV

Zur Berücksichtigung der Morbidität kommt folgende Funktion zur Anwendung:

f = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr.

g = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr.

h = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr.

i = KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsanforderung je RLV-Fall des aktuellen Quartals aus Leistungen, die innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, für alle Versicherte.

n_f = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_g = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n_h = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr im aktuellen Quartal.

n = Zahl der RLV-Fälle eines Arztes für die Behandlung von allen Versicherten im aktuellen Quartal.

$$\frac{nf \times \frac{f}{i} + ng \times \frac{g}{i} + nh \times \frac{h}{i}}{n}$$

Mit dem hieraus resultierenden Faktor wird das arztbezogene RLV nach Abschnitt II Teil B 4.5 multipliziert.

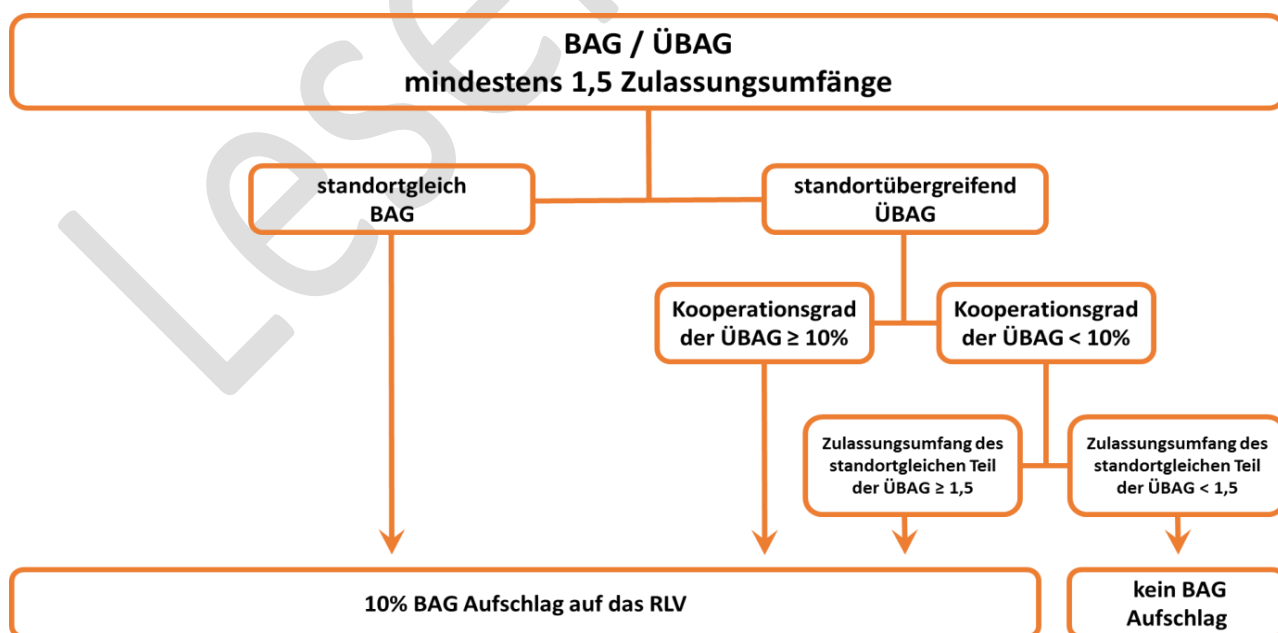
4.5.3 BAG Aufschlag

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht
- b) bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad² von mindestens 10 % erreicht wird.

Grundlage für die Ermittlung des Zuschlages ist der Status der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Gewährung ist, dass in der Praxis insgesamt mindestens 1,5 Zulassungsumfänge von RLV-relevanten Arztgruppen vertreten sind.

Für die Vergütung der Zuschläge nach a) und b) wird das Rückstellungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe d) aus dem RLV-Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt.



² Kooperationsgrad = Summe der arztbezogenen RLV-Fälle einer BSNR dividiert durch die praxisbezogenen RLV-Fälle - 1

4.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden quartalsbezogen je Arzt für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die Ermittlung des QZV nach dem jeweiligen Schwerpunkt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich.

Das für jede Arztgruppe zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 4.3.3 Buchstabe b) wird auf die einzelnen QZV nach Anlage 2 aufgeteilt.

Basis für die Aufteilung bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen QZV erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil des jeweiligen QZV nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

4.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald im aktuellen Quartal eine Leistung in einem Arztfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich QZV einer Arztgruppe unterliegt, werden die aktuellen RLV relevanten Fälle der Ärzte in dieser Arztgruppe, welche das jeweilige QZV abrechnen, aufsummiert und bilden die Gesamtfallzahl je QZV der Arztgruppe.

Aus der Division des in Abschnitt II Teil B 4.6 bestimmten QZV-Verteilungsvolumens und der in Absatz 1 bestimmten Gesamtfallzahl resultieren die QZV-Fallwerte je Arztgruppe.

Der Fallwert je QZV beträgt mindestens 0,01 €.

4.7 Arztbezogene QZV

Aus der Multiplikation des in Abschnitt II Teil B 4.6.1 ermittelten Fallwertes und der arztindividuellen RLV relevanten Fallzahl nach Abschnitt II Teil B 4.4.1 Abs. 1 ergeben sich die arztbezogenen QZV's, sofern der Arzt eine Leistung des QZV's nach Anlage 2 seiner zugehörigen Arztgruppe im aktuellen Quartal abgerechnet hat.

4.8 freie Leistungen

Die freien Leistungen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Das für jede Arztgruppe zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 4.3.3 Buchstabe c) wird auf die einzelnen freien Leistungen nach Anlage 2 aufgeteilt.

Basis für die Aufteilung bilden analog zu den QZV die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen freien Leistungen erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil der jeweiligen frL nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

4.9 Vergütung innerhalb der Bereiche

4.9.1 Leistungen RLV/QZV

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 angepassten, RLV bzw. QZV zu 100% vergütet.

Die arztindividuellen RLV und QZV werden bei Überschreitung miteinander verrechnet.

Sofern ein Arzt innerhalb einer BAG sein RLV/QZV Volumen nicht ausschöpft, kann das noch zur Verfügung stehende Volumen von in der Praxis beteiligten Vertragsärzten genutzt werden, um eine mögliche RLV/QZV Überschreitung praxisbezogen zu verringern oder auszugleichen.

4.9.2 freie Leistungen

Die Leistungsanforderung für frL nach Anlage 2 wird dem in Abschnitt II Teil B 4.8 zur Verfügung stehenden Verteilungsvolumen gegenübergestellt.

Sofern dieses Volumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der frL. Bei einer Unterschreitung erfolgt keine Verrechnung mit dem RLV/QZV. Die unterschrittene Leistungsanforderung wird bis zur Höhe des zur Verfügung stehenden Verteilungsvolumens als zusätzliches Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B 4.3.3 Buchstabe a) des Folgejahres geschoben.

4.9.3 Vorwegleistungen

Die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 unter a) bis i) genannten Leistungen und Leistungsbereiche werden nach folgender Systematik vergütet:

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 verrechnet.

Zu b), c), e) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt. Für Buchstabe c) gilt zusätzlich, dass alle Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege, die der mGV unterliegen (Arzt-VFG-VTG 82-00 und 82-01), aus diesem Verteilungsvolumen nach gleicher Systematik vergütet werden.

Zu d) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 85% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

Zu f) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung nach Anwendung der Steuerungsmaßnahme nach Abschnitt II Teil B 4.12 wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 89% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 verrechnet.

Zu h) 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 4.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten 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 Arztgruppen 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.

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.

4.10 Anträge

Der Vorstand der KV Hessen kann im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstufung in Ausnahmefällen und auf Antrag bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet darüber hinaus im Einzelfall.

4.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Gesamthonorar der Ersatz- und Primärkassen einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden korrespondierenden Vorjahresquartal, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, wenn sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang mindert, die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf eine neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

4.12 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

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 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	40,--
Nuklearmediziner, Hämatologen	21,--
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	4,--

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann Praxen mit Ärzten aus nicht in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann darüber hinaus generell oder individuell das Budget und/oder die angegebenen Referenz-Fallwerte erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

5. Grundbetrag Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)

5.1 Vergütung

Die Vergütung im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung erfolgt aus dem Grundbetrag „PFG“, welcher sich nach Abschnitt II Teil A 3. ergibt.

5.2 Über-/ Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Liegt eine Unterschreitung vor, wird diese dem fachärztlichen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 Abs. 2 zugeführt.

6. Grundbetrag Genetisches Labor

6.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo genetisches Labor

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Über die Verwendung der Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals entscheidet jeweils der Vorstand der KVH.

6.2 Vergütung

Die Vergütung für technischen Leistungen der Humangenetik der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM erfolgt aus dem Grundbetrag „Genetisches Labor“, welcher sich nach Abschnitt II Teil A 3. ergibt.

6.3 Über-/ Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche. Soweit eine Quotierung der Leistungen die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung.

Im Falle einer Unterschreitung der Leistungsanforderung des in Abschnitt II Teil A 3. gebildeten Grundbetrages, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

7. Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin

7.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Kinder- und Jugendmedizin

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals aus Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe c) für Leistungen aus Kap. 4 EBM (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin berücksichtigt.

7.2 Vergütung

Die Vergütung für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitel 4 EBM mit (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) erfolgt aus dem Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“, welcher sich nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 ergibt.

7.3 Über-/Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, ist der Ausgleichsbetrag nach Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung zu ermitteln und den Krankenkassen in Rechnung zu stellen.

Im Falle einer Unterschreitung des Grundbetrages, wird das nicht ausgeschöpfte Finanzvolumen durch die Anzahl der Versichertenpauschalen (GOP 04001 und 04002 inkl. Suffixe) dividiert und als Zuschlag (GOP 99081) in € je abgerechneter Versichertenpauschale (GOP 04001 und 04002 inkl. Suffix) an die Kinder- und Jugendärzte vergütet.

Lesefassung

Teil C: Bereinigungen

1. Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Grundlage für die Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 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.

2. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Für die Bereinigung von Vorwegabzügen, freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V gelten die folgenden Grundsätze.

Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigendem Vertrag nach §§ 63, 73c oder 140a SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Selektivvertrag schließenden Krankenkassen und der KV Hessen vereinbarten Regelungen zur Bereinigung der MGV.

Der mGV Differenzbereinigungsbeitrag zum jeweiligen Vorjahresquartal (Ausnahme: Vorwegleistung Labor in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe e) mit Basis 2/2018- 1/2019 als Differenzbetrag) wird auf die am zu bereinigenden Vertrag teilnehmenden Arztgruppen nach Anlage 1 entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes nach MGV-Bereinigungsvertrag aufgeteilt. Die Aufteilung in Vorwegabzüge, RLV-Leistungen (RLV-Bereinigungsvolumen), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsvolumen) und freie Leistungen erfolgt entsprechend. Für zu bereinigende Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin ist der Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B Nr. 7 und ggf. die Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe h) um den entsprechenden Differenzbereinigungsbeitrag anzupassen.

2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

Es wird jeweils für das aktuelle Quartal das unbereinigte RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe durch die RLV-relevante Behandlungsfallzahl (BHF) aller Ärzte dieser Arztgruppe aus dem aktuellen Quartal zuzüglich aller HzV-Fälle dividiert.

unbereinigter RLV – Fallwert (FW1) =

$$\frac{\text{unbereinigtes RLV – Vergütungsvolumen akt. Quartal}}{(\text{RLV – relevante BHF akt. Quartal zzgl. aller gemeldete Bereinigungsfälle})}$$

2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

Für die Bestimmung des bereinigten RLV-Fallwertes (FW2) kann der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 und 4.4.1 bereits berechnete RLV-Fallwert herangezogen werden.

2.3 Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

Sofern der bereinigte Fallwert nach Teil C 2.2 den unbereinigten Fallwert nach Teil C 2.1 um weniger als 2,5% unterschreitet, wird das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.

Unterschreitet der bereinigte Fallwert nach Teil C 2.2 den unbereinigten Fallwert nach Teil C 2.1 um mehr als 2,5%, dann wird nur das RLV-Bereinigungsvolumen bis zum Erreichen der 2,5% vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.

2.4 Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Konnte nach Anwendung Teil C 2.3 nicht das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe bereinigt werden, wird dieses Restbereinigungsvolumen durch die Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals dividiert.

2.5 Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

Der Bereinigungsfallwert nach Teil C 2.4 wird um den Anteil für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben (z.B. Förderung der Allgemeinmedizin) der KV Hessen erhöht.

2.6 Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV/frL je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Das Bereinigungsvolumen von RLV, QZV und frL eines am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes nach Teil C 2.5 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.

2.7 Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis

Das nach Teil C 2.5 ermittelte individuelle Bereinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt wird vom aktuellen Quartalshonorar der Praxis abgezogen.

2.8 Bereinigung von Vorwegabzügen im Abrechnungsquartal

Die in Teil C 2. Abs. 3 ermittelten MGV-Bereinigungsbeträge für Vorwegabzüge werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

3. Bereinigung bei Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle (TSS) 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.

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

Für die TSVG Konstellationen TSS Terminfall, Hausarzt Vermittlungsfall beim Facharzt, Offene Sprechstunde und TSS Akutfall werden die bisher berücksichtigten arztseitigen Bereinigungsbeträge aus dem 1. Bereinigungsjahr und Korrekturbereinigungszeitraum auf der jeweiligen Versorgungsebene sowohl arztgruppen- als auch TSVG-konstellationsbezogen zunächst zusammengefasst und anteilig auf die TSVG durchführenden und abrechnenden Ärzte je Arztgruppe umgelegt. Bei Arztgruppen mit Bereinigungssummen des ersten Jahres und keinem TSVG durchführenden und abrechnenden Arzt im aktuellen Quartal, wird die Bereinigungssumme aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 oder 4.3.3 entnommen. Hierbei werden ausschließlich nur die im ersten Jahr ermittelten Bereinigungssummen verteilt.

Das ermittelte arztgruppenbezogene Bereinigungsvolumen (1. Bereinigungsjahr und Korrekturbereinigungszeitraum) kann ggf. durch die weitere Bereinigung der TSVG-Konstellation „Offene Sprechstunde“ lt. Beschluss BA 640. Sitzung für die Arztgruppen 5, 6, 7, 8, 10, 24, 29 und 35 nach Anlage 1 erhöht und nach gleicher Systematik auf abrechnende Ärzte je Arztgruppe umgelegt werden. Hierbei werden die Leistungen der „offenen Sprechstunde“ aus dem Vorjahresquartal um 3% erhöht und eine Differenz aus aktuellem Quartal dieser Leistungen zum erhöhten Vorjahresquartal gebildet. Sofern diese Differenz für eine Arztgruppe größer null ist, wird dieses Ergebnis mit der arztseitigen Auszahlungsquote des Vorjahresquartal multipliziert und dem arztgruppenbezogenen Bereinigungsvolumen hinzugefügt.

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Hausärztliche Versorgungsebene

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
1	01-00	Ärzte für Allgemeinmedizin/ hausärztlich tätige Internisten	01, 02, 03	Ja
2	37-09	Fachärztlich tätige Kinderärzte	40 bis 46	Nein
2	37-10	Hausärztlich tätige Kinderärzte	34 bis 39, 46	Nein
64	38-00	Ermächtigte Kinderärzte	34 bis 39, 40 bis 46	Nein
64	94-00	Ermächtigte Hausärzte	01, 02, 03	Nein

Fachärztliche Versorgungsebene

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
3	09-00	Anästhesisten	04	Ja
4	11-00	Schmerztherapeuten	01, 02, 03, 04, 10, 12, 51, 53, 57, 58	Ja
5	13-00	Augenärzte	05	Ja
6	17-00	Chirurgen (Kinder-/ Herz-/ Gefäß-/ Thorax-Chirurgie, Plastische Chirurgen)	06 bis 09, 11, 13, 14	Ja
6	63-00	Neurochirurgen	52	Ja
7	21-00	Gynäkologen	15 bis 18	Ja
8	25-00	HNO-Ärzte	19, 20	Ja
9	25-11	Phoniater/Pädaudiologen	19, 20	Ja
10	29-00	Hautärzte	21	Ja
11	33-01	Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Ja
12	33-02	Internisten mit SP Kardiologie ohne invasive Tätigkeit	28	Ja
13	33-03	Internisten mit SP Pneumologie/Lungenärzte	30	Ja
14	33-04	Internisten mit SP Angiologie	24	Ja
15	33-05	Internisten mit SP Endokrinologie	25	Ja
16	33-06	Internisten mit SP Nephrologie	29	Ja
19	33-07	Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Ja
20	33-08	Internisten mit SP Rheumatologie	31	Ja
21	33-12	Internisten mit SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	28	Ja
22	49-00	Nuklearmediziner	54	Ja
23	53-00	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	50	Ja
24	57-00	Nervenärzte, Neurologen und Psychiater	51	Ja
24	57-68	Neurologen	53	Ja
24	59-00	Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)	58	Ja
28	59-30	Kinder- und Jugendpsychiater (einschl. Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)	47	Ja
29	61-00	Orthopäden	10,12	Ja
30	61-10	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	57	Ja
31	65-00	Radiologen	62 bis 64	Ja
35	69-00	Urologen	67	Ja
36	80-11	Ärzte für Humangenetik	22	Ja
38	33-09	Fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Ja
51	84-01	Psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
51	84-21	Ermächtigte psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
52	84-81	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein
52	84-95	Ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein

53	55-00	Ärzte für psychotherapeutische Medizin	60	Nein
53	56-00	Ermächtigte Ärzte für psychotherapeutische Medizin	60	Nein
54	55-01	Psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
54	56-01	Ermächtigte psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
62	42-00	Ermächtigte Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
62	66-10	Ermächtigte Strahlentherapeuten	65	Nein
62	74-00	Ermächtigte Pathologen	55, 56	Nein
63	10-00	Ermächtigte Anästhesisten	04	Nein
63	14-00	Ermächtigte Augenärzte	05	Nein
63	18-00	Ermächtigte Chirurgen (Kinder-/ Herz-/ Gefäß-/ Thorax-Chirurgie, Plastische Chirurgen)	06 bis 09, 11, 13, 14, 99	Nein
63	22-00	Ermächtigte Gynäkologen	15, 16, 17, 18	Nein
63	26-00	Ermächtigte HNO-Ärzte	19, 20	Nein
63	26-11	Ermächtigte Phoniater/Pädaudiologen	19, 20	Nein
63	30-00	Ermächtigte Hautärzte	21	Nein
63	34-01	Ermächtigte Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Nein
63	34-12	Ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	28	Nein
63	34-02	Ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)	28	Nein
63	34-03	Ermächtigte Internisten mit SP Pneumologie/Lungenärzte	30	Nein
63	34-04	Ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24	Nein
63	34-05	Ermächtigte Internisten mit SP Endokrinologie	25	Nein
63	34-06	Ermächtigte Internisten mit SP Nephrologie	29	Nein
63	34-07	Ermächtigte Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Nein
63	34-08	Ermächtigte Internisten mit SP Rheumatologie	31	Nein
63	34-09	Ermächtigte fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Nein
63	50-00	Ermächtigte Nuklearmediziner	54	Nein
63	54-00	Ermächtigte Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	50	Nein
63	58-00	Ermächtigte Nervenärzte, Neurologen und Psychiater	51	Nein
63	58-68	Ermächtigte Neurologen	53	Nein
63	60-00	Ermächtigte Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)	58	Nein
63	60-30	Ermächtigte Kinder- und Jugendpsychiater	47	Nein
63	62-00	Ermächtigte Orthopäden	10, 12	Nein
63	62-10	Ermächtigte Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	57	Nein
63	64-00	Ermächtigte Neurochirurgen	52	Nein
63	66-00	Ermächtigte Radiologen	62 bis 64	Nein
63	70-00	Ermächtigte Urologen	67	Nein
63	80-12	Ermächtigte Ärzte für Humangenetik	22, 99	Nein
63	82-00	Privatarzt Außerklinische Intensivpflege		Nein
63	82-01	Krankenhäuser Außerklinische Intensivpflege		Nein
65	41-00	Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
65	43-00	Laborgemeinschaften		Nein
66	65-10	Strahlentherapeuten	65	Nein
67	73-00	Pathologen	55, 56	Nein

Anlage 2 QZV Zuordnung

Arztgruppe 1 vollzugelassene Hausärzte

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
2 Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
3 Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
5 Chirotherapie	30200, 30201
8 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
10 Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
13 Phlebologie	30500, 30501
14 Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15 Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601, 30601E
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062
74 Geriatrie	03360, 03362
76 Palliativmedizinische Versorgung	03370, 03371, 03372, 03373, 03374
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
7 Ergometrie	03321
11 Langzeit-Blutdruckmessung	03324
12 Langzeit-EKG	03241, 03322
16 Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
24 Spirometrie	03330

Arztgruppe 3 vollzugelassene Anästhesisten

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Freie Leistungen	GOP'n
33 Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350

Arztgruppe 5 vollzugelassene Augenärzte

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
36 Elektroophthalmologie	06312
37 Fluoreszenzangiographie	06331

38	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
Freie Leistungen		GOP'n
72	Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt	06225, 06225V
Arztgruppe 6 vollzugelassene Chirurgen		
Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
13	Phlebologie	30500, 30501
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
15	Proktologie	30600, 30601, 30601E
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Arztgruppe 7 vollzugelassene Gynäkologen		
Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
44	Inkontinenzbehandlung	08310, 08311, 08311E, 08311U
45	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
47	Reproduktionsmedizin	08230
48	Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19319, 19327
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
65	Sonstige Hilfen	01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829, 01830, 01831, 01832, 01840, 01850, 01851, 01852, 01853, 01854, 01855, 01856, 01857, 01900, 01901, 01902, 01903, 01904, 01905, 01906, 01910, 01911, 01912, 01913
70	Stanzbiopsie	08320
71	Mamma-Sonographie	33041
Arztgruppe 8 vollzugelassene HNO-Ärzte		
Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
2	Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
5	Chirotherapie	30200, 30201
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
27	Gastroenterologie I	09317, 09317E
40	Bronchoskopie	09315, 09315E, 09316

41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
50 Otoakustische Emissionen	09324, 09327
51 Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09333, 09335, 09336
Freie Leistungen	GOP'n
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
73 Neue Leistungen Kap. 9 u. 20	09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378

Arztgruppe 9 vollzugelassene Ärzte für Phoniatrie / Pädaudiologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
2 Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
8 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
50 Otoakustische Emissionen	20324, 20327
51 Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336
Freie Leistungen	GOP'n
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
73 Neue Leistungen Kap. 9 u. 20	09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378

Arztgruppe 10 vollzugelassene Hautärzte

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
2 Allergologie	30100, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
8 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
13 Phlebologie	30500, 30501
14 Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15 Proktologie	30600, 30601, 30601E
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
42 Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
48 Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19315, 19319, 19320, 19327
53 Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324
Freie Leistungen	GOP'n
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 11 vollzugelassene Internisten mit SP Gastroenterologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
15 Proktologie	13257, 30600, 30601, 30601E
23 Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T

41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
54	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 12 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
21	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 13 vollzugelassene Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
40	Bronchoskopie	13662, 13662E, 13662I, 13662J, 13663, 13663I, 13664, 13664I, 13670, 13670I
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
52	Polysomnographie	30901

Arztgruppe 14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
12	Langzeit-EKG	13252, 13253
13	Phlebologie	30500, 30501
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 15 vollzugelassene Internisten mit SP Endokrinologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
57	Osteodensitometrie	34600

Arztgruppe 16 vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
12 Langzeit-EKG	13252, 13253
27 Gastroenterologie I	13400, 13400E, 13400I, 13400J, 13401, 13401E, 13401I, 13401J, 13402, 13402E, 13402I, 13402J, 13410, 13410I, 13411, 13411I, 13412, 13412I
54 Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 19 vollzugelassene Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
Freie Leistungen	GOP'n
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
66 Transfusionen	02110, 02111

Arztgruppe 20 vollzugelassene Internisten mit SP Rheumatologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
57 Osteodensitometrie	34600
67 Infusionen < 1h	02100, 02100T
68 Gelenkpunktionen	02341
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T

Arztgruppe 21 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie invasiv

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 22 vollzugelassene Nuklearmediziner

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081

41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
60 MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
61 MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
Freie Leistungen	GOP'n
64 Nuklearmedizin	17330, 17331, 17371, 17372, 17373

Arztgruppe 24 vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
5 Chirotherapie	30200, 30201
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
58 Betreuung neurologisch Kranker	16230, 16231
59 Betreuung psychiatrisch Kranker	21230, 21231
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150* inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

* Diese Leistungen werden nur bei den Neurologen (Arzt VFG VTG 57-68) im QZV vergütet, ansonsten eGV.

Arztgruppe 28 vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
30 Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300, 30301
Freie Leistungen	GOP'n
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V

Arztgruppe 29 vollzugelassene Orthopäden

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
5 Chirotherapie	30200, 30201
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791

Arztgruppe 30 vollzugelassene Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

	GOP'n
5 Chirotherapie	30200, 30201
14 Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Arztgruppe 31 vollzugelassene Radiologen

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

	GOP'n
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
45 Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
55 Interventionelle Radiologie	01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287
57 Osteodensitometrie	34600
60 MRT	34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460
61 MRT-Angiographie	34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492
62 CT	34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505
64 Nuklearmedizin	17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373

Arztgruppe 35 vollzugelassene Urologen

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

	GOP'n
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
15 Proktologie	30600, 30601, 30601E
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080,

31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
44	Inkontinenzbehandlung	26310, 26310E, 26310U, 26311, 26311E, 26311U, 26313, 26340
63	Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	26330
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Arztgruppe 38 vollzugelassene fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
3	Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
10	Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
12	Langzeit-EKG	13252, 13253
13	Phlebologie	30500, 30501
15	Proktologie	13257, 30600, 30601, 30601E
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081
23	Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
54	Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K
Freie Leistungen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe B, H, Z

Anlage 3 Nicht besetzt

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2024

GOP *	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2018)	Wert Zuschlag	Steigerung	Bemerkungen
01410	Besuch	22,59 €	2,53 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	49,97 €	5,60 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	11,29 €	1,26 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	58,17 €	6,52 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	53,48 €	5,99 €	11,20%	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	101,75 €	11,40 €	11,20%	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	149,59 €	16,76 €	11,20%	
02110	Erste Transfusion	22,59 €	2,53 €	11,20%	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,92 €	1,67 €	11,20%	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,86 €	0,66 €	11,20%	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	6,07 €	0,68 €	11,20%	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath.	5,43 €	0,61 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,35 €	0,82 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	13,00 €	2,29 €	17,61%	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,94 €	2,60 €	15,36%	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	4,26 €	0,48 €	11,20%	
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,43 €	0,61 €	11,20%	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,80 €	1,10 €	11,20%	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	8,31 €	0,93 €	11,20%	
13255	Spirographische Untersuchung	6,39 €	0,72 €	11,20%	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	65,42 €	7,33 €	11,20%	
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	88,96 €	9,96 €	11,20%	
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	20,14 €	2,26 €	11,20%	
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	37,29 €	4,18 €	11,20%	
13575	Funktionsanalyse CRT	45,92 €	5,14 €	11,20%	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,88 €	0,88 €	11,20%	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	14,49 €	1,62 €	11,20%	
14240	Psychiatrische Betreuung	21,10 €	2,36 €	11,20%	
14313	Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg	39,95 €	4,47 €	11,20%	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	22,27 €	2,49 €	11,20%	
20314	Videostroboskopie	16,19 €	1,81 €	11,20%	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind	138,08 €	15,47 €	11,20%	
30111	Allergologiediagnostik II	48,80 €	5,47 €	11,20%	
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,93 €	0,78 €	11,20%	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	10,02 €	1,12 €	11,20%	
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,56 €	0,85 €	11,20%	

33023	Zuschlag TEE	40,17 €	4,50 €	11,20%
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	78,74 €	8,82 €	11,20%
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	88,96 €	9,96 €	11,20%
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	43,68 €	4,89 €	11,20%
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	27,70 €	3,10 €	11,20%
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	27,70 €	3,10 €	11,20%
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	61,58 €	6,90 €	11,20%
34257	Retrograde Pyelographie	94,18 €	10,55 €	11,20%
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	73,30 €	8,21 €	11,20%
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	21,63 €	2,42 €	11,20%
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	31,11 €	3,48 €	11,20%
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	34,52 €	3,87 €	11,20%
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	26,53 €	2,65 €	10,00%
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	27,17 €	2,72 €	10,00%
16310	EEG	26,74 €	2,99 €	11,20%
16321	Neurophysiologische Untersuchung	28,02 €	3,14 €	11,20%
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		54,90 €	Wert der GOP analog Honorarvertrag 2024

Die Zusetzung der Zuschläge erfolgt ausschließlich für die in dieser Anlage genannten Leistungen, sofern diese innerhalb der mGV vergütet werden.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in dieser Anlage 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.

* Kommen die in der Anlage genannten GOP auch mit Suffixen vor und unterliegen diese ebenfalls der mGV, dann lösen diese analog zur Blank GOP ebenfalls den Zuschlag in gleicher Höhe aus, unabhängig von der Bewertung der GOP mit Suffix.

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	ab 1/2020 (ausgenommen ist jeweils das 1.Quartal, hier ist der Mehrbedarf bereits berücksichtigt)	<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 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a)
2)	ab 1/2020 (ausgenommen ist jeweils das 1.Quartal, hier ist der Mehrbedarf bereits berücksichtigt)	<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 1 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)	ab 2/2020	<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 im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 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

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
4)	ab 4/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM)	Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370- 03374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6
5)	ab 1/2021	<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 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 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
6)	ab 1/2021	<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 im Vorjahresquartal ermittelte Einsparung 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 1 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
7)	ab 3/2021	<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 im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 oder 3.6 (HA) und 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
8)	ab 2/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Aufnahme der flexiblen Urethro(-zysto)skopie (GOP 26310 und 26313 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird den jeweiligen QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
9)	ab 2/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 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/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 oder 3.6 (HA) und 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
10)	ab 3/2021	<u>Neue GOP</u> 04417, 13577 Zuschläge für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate	Nach Beschluss des BA in der 506. Sitzung wurden neue Zuschläge zu den GOP 04411, 04413 und 04415 sowie den GOP 13571, 13573 und 13575 beschlossen. 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 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
11)	ab 3/2021	<u>Wertabsenkung GOP EBM</u> GOP 04511, 08311, 08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401, 13402, 13662, 26310, 26311, 30601	Die jeweils im Vorjahresquartal ermittelte mGV Absenkung für die im Beschluss des BA in der 509. Sitzung genannten drei GOP Bereiche gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 oder 3.6 (HA) und 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
		(Ausnahme GOP 08311T, 26310T,26311T)	entnommen.	
12)	ab 4/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschalen 13691 und 13692	Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 inklusive Suffixe 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 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
13)	1/2021 - 4/2025	<u>Erhöhung/Mehrbedarf der mGV:</u> Für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 11.4 EBM	<p>Nach Beschluss des BA in der 547. Sitzung wurde eine basiswirksame Anhebung der mGV für das Jahr 2021 beschlossen. In den folgenden 4 Jahren findet eine jährliche Überprüfung der Leistungsmengenentwicklung humangenetischer Leistungen aus dem Kapitel 11.4 EBM mit molekulargenetischen Mutationssuchen (11355, 11356, 11444, 11445, 11446, 11447, 11448, 11513 und 11522 EBM) statt. Diese Anpassungen müssen basiswirksam berücksichtigt werden.</p> <p>Für das Jahr 2022 ist die mGV Erhöhung aus dem Beschluss des BA 613. Sitzung zu entnehmen.</p> <p>Die kassenseitig ermittelte Erhöhung wird im Teil A 3.1.3 und Abschnitt II Teil B Nr. 6 im GB „Genetisches Labor“ berücksichtigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 6
14)	nicht besetzt			
15)	ab 1/2023	<u>Mehrbedarf:</u> Aufnahme von Hygiene-zuschlägen in den EBM	Nach Beschluss des EBA in seiner 74. Sitzung am 21.11.2021 wird die mGV um den erwarteten Mehrbedarf für die Zuschläge basiswirksam erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 oder 3.6 (HA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
			und 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	
16)	ab 1/2023	Eindeckelung: Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Mandeloperationen und Gebärmutterentfernungen	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645A/B EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Januar 2022 in die mGV überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 für das Zweitmeinungsverfahren Mandeloperationen (01645A EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der HNO-Ärzte sowie für das Zweitmeinungsverfahren Gebärmutterentfernungen (01645B EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der Gynäkologen zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
17)	ab 3/2023	<u>Erhöhung der mGV:</u> Für die Finanzierung der Weiterentwicklung Mikrobiologie	Nach Beschluss des BA in der 596. Sitzung wird die mGV Erhöhung zur Weiterentwicklung Mikrobiologie mit folgenden GOP 32050, 32670, 32680, 32681, 32683, 32701, 32702, 32704, 32705, 32721, 32723, 32785 bis 32790, 32800 bis 32809, 32815, 32817, 32831, 32833, 32839, 32842 bis 32847 und 32851 bis 32853 EBM ab dem 1. Juli 2022 finanziert. Der im Vorjahresquartal ermittelte Erhöhungsbetrag wird im GB HA und FA in der Vorwegleistung (eigenerbrachtes Labor) als zusätzliche Rückstellung hinzugefügt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe e) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g)
18)	4/2022 - 3/2023	<u>Eindeckelung Soziotherapie</u> Rückführung der GOP	Ab dem 1. Oktober werden die GOP 30810 und 30811 (Soziotherapie) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet (KV-Info aktuell 225/2022).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
		30810 und 30811	<p>Mit Aufnahme der Leistungen zur Verordnung einer Soziotherapie 2016 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) das Verfahren der Eindeckelung vorgegeben (vgl. 45. Sitzung).</p> <p>Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im aktuellen Quartal dem jeweiligen Grundbetrag (HA/FA) im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung/RLV) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt</p>	<p>Buchstabe a)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
19)	4/2022 - 3/2023	<u>Eindeckelung:</u> GOP 32866 EBM (Molekulargenetische Untersuchungen)	<p>Nach Beschluss des BA in der 592. Sitzung werden die GOP 32866 EBM ab dem 1. Oktober 2022 in die mGV überführt.</p> <p>Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3
20)	1/2023 - 4/2023	<u>Eindeckelung:</u> Humangenetischer Beratungsleistungen (GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM)	<p>Nach Beschluss des BA in der 448. Sitzung wird der fachärztliche Grundbetrag durch die Eindeckelung der humangentischen Beratungsleistungen (GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM), die ab dem 1. Januar 2023 in die mGV überführt werden, erhöht.</p> <p>Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im aktuellen Quartal im fachärztlichen Grundbetrag dem entsprechenden Bereich (Vorwegleistung/RLV) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
21)	1/2023 - 4/2023	Eindeckelung: Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei einer Schulter- arthroskopie	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645C EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Januar 2023 in die mGV überführt. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie (01645C EBM) wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im aktuellen Quartal im fachärztlichen Grundbetrag dem RLV-Verteilungsvolumen unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
22)	1/2023 - 4/2023	<u>Eindeckelung/Rückführung:</u> Leistungen, die im Rahmen der TSVG Konstellation „Neupatient“ bereinigt wurden	Nach Beschluss des BA in der 623. Sitzung erfolgt eine basiswirksame Rückführung der Leistungen zur TSVG Konstellation „Neupatient“. Dieser vorliegende Beschluss bestimmt das Verfahren zur Berechnung der Höhe dieser Rückführungsbeträge. In diesem für 1/2023 als auch in den ff. Beschlüssen (beispielsweise BA 630. Sitzung für 2/2023) wird der kassenseitige Rückführungsbetrag für das jeweilige Quartal mitgeteilt. Der ermittelte kassenseitige Rückführungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen (unter Berücksichtigung der arztseitigen Auszahlungsquote) der arztseitigen Leistungsanforderung für den „Neupatient“ im korrespondierenden Quartal des Korrekturzeitraums (3/2021 – 4/2022) dem jeweiligen Grundbetrag in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zunächst zugeführt und im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung oder RLV/QZV/freie Leistung Verteilungsvolumen) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 verteilt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
23)	1/2023 - 4/2023	Basiswirksame Anpassung des fachärztlichen Grundbetrages	Die nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe a) ermittelte basiswirksame Anpassung zur Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrages wird anteilig nach aktueller Leistungsanforderung der GOP 19328 EBM im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung/RLV) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
24)	1/2023 - 4/2023	Basiswirksame Anpassung des fachärztlichen Grundbetrages	Die nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe b) ermittelte basiswirksame Anpassung zur Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrages wird anteilig nach aktueller Leistungsanforderung der GOP 01842 EBM im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung/RLV) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
25)	2/2023 - 1/2024	<u>Ausdeckelung:</u> Leistungen Kap. 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 bei Kinder- und Jugendpsychiatern	Nach Beschluss des BA in der 652. Sitzung erfolgt eine basiswirksame Bereinigung der Leistungen Kap. 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 inkl. Suffixe bei Kinder- und Jugendpsychiatern der Quartale 2/2023 – 1/2024. In diesem (2/2023 + 3/2023) als auch in den ff. Beschlüssen wird der kassenseitige Bereinigungsbetrag für die jeweiligen Quartale mitgeteilt. Der ermittelte kassenseitige Bereinigungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal den jeweiligen Grundbeträgen (FÄ/PFG) im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung/RLV) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 5

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
26)	1/2023 - 4/2023	<u>Bewertungserhöhung:</u> Kostenpauschalen Radiosynoviorthese (GOP 40556, 40558 und 40560 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 640. Sitzung wird die mGV um den erwarteten Mehrbedarf der genannten GOP erhöht. Der Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 1/2023 bis 4/2023 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der GOP 40556, 40558 und 40560 mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal. Der hieraus resultierende Mehrbedarf wird dem Grundbetrag Fachärzte zugewiesen und in der Vorwegleistungsposition Kosten- und Wegepauschalen bereitgestellt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a)
27)	3/2023 - 2/2024	<u>Eindeckelung:</u> Humangenetische Leistungen Kap. 19.4.2 EBM	<p>Nach Beschluss des BA in der 448. Sitzung wird das Kapitel 19.4.2 EBM ab dem 1. Juli 2022 in die mGV überführt.</p> <p>Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag wird im Teil A 3.1.3 im GB Genetisches Labor berücksichtigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 6

Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

Die hausärztliche Strukturpauschale können vollzugelassene Hausärzte nach Anlage 1 HVM erhalten.

Um an der hausärztlichen Strukturpauschale zu partizipieren muss jeder Hausarzt mindestens 5 der Leistungsbereiche 1) bis 10) im Quartal erbringen:

- 1) Ergometrie
- 2) Haus- und Heimbefuche
- 3) Lungenfunktionsdiagnostik
- 4) Sonographie
- 5) Teilnahme §119b SGB V (Leistungen des EBM-Kapitels 37.2)
- 6) Wundversorgung
- 7) Psychosomatik
- 8) Schlafdiagnostik
- 9) Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung
- 10) Problemorientiertes Gespräch

Die den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordneten GOP sind in der Tabelle 1 ersichtlich. Nicht genannte Suffixe zu den gelisteten GOP sind ebenfalls dem entsprechenden Leistungsbereich zugeordnet.

Jeder Arzt, der die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, erhält für jeden Behandlungsfall, in dem mindestens eine Leistung aus einem der 10 Leistungsbereiche erbracht wurde, die hausärztliche Strukturpauschale zugesetzt.

Das zur Verfügung stehende Finanzvolumen je Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe f) wird durch die Häufigkeit der zugesetzten hausärztlichen Strukturpauschalen dividiert. Das hieraus resultierende Ergebnis bestimmt quartalsweise den Wert (GOP 99080) der hausärztlichen Strukturpauschale.

Tabelle 1:

Leistungsbereiche	GOP	GOP-Bezeichnung
Ergometrie	03321	Belastungs-EKG
Haus- und Heimbefuche	01410	Befuch
Haus- und Heimbefuche	01411	Dringender Befuch I
Haus- und Heimbefuche	01412	Dringender Befuch II
Haus- und Heimbefuche	01412A	Dringender Befuch II
Haus- und Heimbefuche	01413	Befuch eines weiteren Kranken
Haus- und Heimbefuche	01415	Dringender Befuch Patient im Pflegeheim
Lungenfunktionsdiagnostik	03330	Spirographische Untersuchung
Sonographie	33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie
Sonographie	33011	Sonographie der Gefichtsweichteile
Sonographie	33012	Schilddrüfen - Sonographie
Sonographie	33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)
Sonographie	33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)
Sonographie	33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)
Sonographie	33023	Zufchlag TEE
Sonographie	33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung
Sonographie	33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte Stufenbelastung
Sonographie	33040	Sonographie der Thoraxorgane
Sonographie	33042	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33042A	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33043	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043A	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043V	Uro-Genital-Sonographie (MuVo)
Sonographie	33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane
Sonographie	33044V	Sonographie d weibl. Genitalorgane (MuVo)
Sonographie	33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehn
Sonographie	33050K	Gelenk-Sonographie, Sonographie (Kinder)
Sonographie	33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße
Sonographie	33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgende Gefäße
Sonographie	33062	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männl. Genitalsystem
Sonographie	33080	Sonographie von Haut und Subkutis
Sonographie	33081	Sonographie weiterer Organe oder Organte
Sonographie	33090	Zufchlag Transkavitäre Untersuchung
Sonographie	33090V	Zufchlag Transkavitäre Unters (MuVo)
Sonographie	33091	Zufchlag für optische Führungshilfe
Sonographie	33092	Zufchlag für optische Führungshilfe
Teilnahme §119b, SGB V	37100	Zufchlag Versichertenpauschale Betreuung
Teilnahme §119b, SGB V	37102	Zufchlag zu den GOPen 01410 oder 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37105	Zufchlag Versichertenpauschale für koordinierenden Arzt
Teilnahme §119b, SGB V	37113	Zufchlag zur GOP 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
Wundversorgung	02300	Kleiner operativer Eingriff I/ primäre Wundversorgung
Wundversorgung	02301	Kleiner operativer Eingriff II/ primäre Wundversorgung

Leistungsbereiche	GOP	GOP-Bezeichnung
Wundversorgung	02302	Kleiner operativer Eingriff III/ primäre Wundversorgung
Wundversorgung	02310	Behandlungskomplex sekundär heil. Wunde
Wundversorgung	02311	Behandlung Diabetischer Fuß
Wundversorgung	02312	Behandlungskomplex chron. venöse Ulcera cruris
Wundversorgung	02313	Kompressionstherapie chron. venöse Insuffizienz
Wundversorgung	02350	Fixierender Verband
Wundversorgung	02350A	Fixierender Verband
Psychosomatik	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
Psychosomatik	35110	Verbale Intervention bei psychosomatisch
Psychosomatik	35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung
Psychosomatik	35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen
Psychosomatik	35120	Hypnose
Schlafdiagnostik	30900	Kardiorespiratorische Polygraphie
Schlafdiagnostik	30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03372	Zuschlag zur GOP 01410 oder 01413
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03373	Zuschlag zur GOP 01411, 01412 oder 01415
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03374	Höchstwert für die GOP 03372
Problemorientiertes Gespräch	03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch