Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 01. Januar 2026

ab dem Quartal I/2026

LESEFASSUNG

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

Stand: 24.10.2026

Lesefassung

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I Extrabudgetäre Gesamtvergütung (eGV) 5

Abschnitt II Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV) 6

Teil A: Verteilung der mGV 6

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 6

2. Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V 6

3. Grundbeträge..... 6

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge..... 7

3.1.1 Steigerung der Ausgangswerte 7

3.1.2 Bildung Vergütungsvolumina durch Multiplikation Versichertenzahlen 7

3.1.3 Bereinigung (Ein-Ausdeckelung; HZV; Kostenerstatter; ASV; Leistungsbereichsverschiebung) 7

3.2 Angleichung an die mGV..... 7

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen 8

1. Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall)..... 8

1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo (GB BD/Notfall) 8

1.2 Leistungen innerhalb Dienstzeiten..... 8

1.3 Leistungen außerhalb Dienstzeiten..... 8

1.4 Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit..... 8

1.5 Wegegelder im ÄBD mit Fahrdienst 8

1.6 Zuschläge für Wegegelder 9

1.7 Über- / Unterschreitungen..... 9

2. Grundbetrag Labor..... 9

2.1 Rückstellungen für den zu erwartenden FKZ-Saldo (GB Labor) 9

2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen..... 9

2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus..... 9

2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM..... 9

2.3 Über-/ Unterschreitungen.....10

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene 10

3.1 Grundbetrag Hausärzte 10

3.1.1 Vergütung 10

3.1.2 Über-/Unterschreitungen 10

3.1.3 Vergütung FKZ-Saldo..... 10

Lesefassung

3.2 Grundbetrag Kinderärzte 11
3.2.1 Vergütung 11
3.2.2 Über-/Unterschreitungen 11
3.2.3 Vergütung FKZ-Saldo 11
3.3 Rückstellungen und Vorwegleistungen 11
3.3.1 Rückstellungen 11
3.3.2 Vorwegleistungen 11
3.4 Restliche Leistungen für Haus- und Kinderärzte 12
3.4.1 Restliche Leistungen Hausärzte 12
3.4.2 Restliche Leistungen Kinderärzte 13
3.5 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten 14
3.6 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten 14
4. Grundbetrag fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ) 15
4.1 Überträge aus Vorquartalen 15
4.2 Rückstellungen 15
4.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche 16
4.3.1 Vorwegleistungen 16
4.3.2 Nicht besetzt 16
4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen 16
4.4 Regelleistungsvolumen 17
4.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert 17
4.5 Arztbezogenes RLV 18
4.5.1 Abstaffelung arztbezogenes RLV 18
4.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV 19
4.5.3 BAG Aufschlag 19
4.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen 21
4.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert 21
4.7 Arztbezogene QZV 21
4.8 freie Leistungen 21
4.9 Vergütung innerhalb der Bereiche 22
4.9.1 Leistungen RLV/QZV 22
4.9.2 freie Leistungen 22
4.9.3 Vorwegleistungen 22
4.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen 23
4.10 Anträge 23
4.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten 24
4.12 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten 24

Lesefassung

5. Grundbetrag Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG) 25
5.1 Vergütung 25
5.2 Über-/ Unterschreitungen 25
6. Grundbetrag Genetisches Labor 25
6.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo genetisches Labor 25
6.2 Vergütung 25
6.3 Über-/ Unterschreitungen 25
Teil C: Bereinigungen 26
1. Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 26
2. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) 26
3. Bereinigung bei Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle (TSS) zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus 27
4. Bereinigung aufgrund Entbudgetierung der Leistungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 27
Anlagen 28
Anlage 1 Arztgruppen 28
Anlage 2 QZV Zuordnung 30
Anlage 3 Nicht besetzt 37
Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen der Fachärzte 38
Anlage 5 mGV-Veränderungen 40

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

Lesefassung

Abschnitt I Extrabudgetäre Gesamtvergütung (eGV)

Die im jeweils für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarvertrag unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) vergütet.

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2026 stehen für die Vergütung der Zuschläge für die Behandlung HIV-Infizierter (Gebührenordnungsposition (GOP) 99099) zusätzlich außerhalb der mGV 105.000,- € nach Abschnitt II des Honorarvertrages für das Jahr 2026 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2026 (26.250,- € 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 2026 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 26.250,- € 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.

Lesefassung

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 (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) 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 mGV 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 mGV 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 Nr. 1 zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge (GB) sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

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

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich 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 Nr 1 sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.

<u>Anpassung des fachärztlichen Grundbetrags und des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene</u>

Für das 4. Quartal 2025 bis zum 3.Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im fachärztlichen Grundbetrag befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

<u>Anpassung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ und des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene</u>

Für das 4. Quartal 2025 bis zum 3.Quartal 2026 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und der

Lesefassung

Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags hausärztliche Versorgungsebene in gleicher Höhe erhöht:

Der Betrag wird gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung bezogen auf die im Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ befindlichen Leistungen ermittelt und durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, dividiert.

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge

Nach Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Veränderungsraten 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 Nr. 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 mGV 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 mGV

Soweit die Summe der nach Abschnitt II Teil A Nr 3 gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge nicht der Summe der mGV Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 3 bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Vereinbarung

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen

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

Aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall (GB BD/Notfall) werden die mGV 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 Nr. 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 Nr. 1.7 berücksichtigt.

1.2 Leistungen innerhalb Dienstzeiten

Leistungen des Bereitschaftsdienstes und Leistungen der Notfallbehandlungen die mGV 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 GB BD/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 mGV 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 GB BD/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 mGV 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 GB BD/Notfall entnommen und dem ÄBD Haushalt zugeführt. Es erfolgt keine Vergütung an die entsprechenden Ärzte.

Lesefassung

1.6 Zuschläge für Wegegelder

Zuschläge für Wegegelder im ÄBD, die der mGV 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 GB BD/Notfall zugeführt.

1.7 Über- / Unterschreitungen

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung einer Über-/Unterschreitung im Vergütungsvolumen des GB BD/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 einer Überschreitung werden zu Lasten des in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4 anteilig nach Haus- und Kinderärzten im Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene gebildeten Verteilungsvolumens und des in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 im Grundbetrag Fachärzte gebildeten RLV/QZV/freie Leistung Verteilungsvolumens nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen. Im Falle einer Unterschreitung erfolgt die Zuführung der Finanzmittel und deren Aufteilung nach gleichem Verfahren.

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

2. Grundbetrag Labor

2.1 Rückstellungen für den zu erwartenden FKZ-Saldo (GB 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 Nr. 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 Nr. 2.3 berücksichtigt.

2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen

2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die GOP 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 85% bei einer rechnerischen Quote <85% und höchstens 94% bei einer rechnerischen Quote > 94% vergütet. In dem Bereich zwischen 85% 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) sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 EBM werden mit einer Auszahlungsquote in Höhe von mindestens 85% bei einer rechnerischen Quote <85% und höchstens 94% bei einer rechnerischen Quote > 94% vergütet. In dem Bereich zwischen 85% bis 94% kommt die rechnerische Quote zur Anwendung.

Lesefassung

2.3 Über-/ Unterschreitungen

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung einer Über-/Unterschreitung im Vergütungsvolumen des Grundbetrags Labor (GB Labor) erfolgt anteilig nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des GB 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 einer Unterschreitung werden zu Lasten des in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4 anteilig nach Haus- und Kinderärzten im Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene gebildeten Verteilungsvolumens und des in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 im Grundbetrag Fachärzte gebildeten RLV/QZV/freie Leistung Verteilungsvolumens nach dem jeweiligen Anteil nach Satz 1 entnommen. Im Falle einer Unterschreitung erfolgt die Zuführung der Finanzmittel und deren Aufteilung nach gleichem Verfahren.

Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten der Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene

Aus dem Grundbetrag der hausärztlichen Versorgungsebene (GB HäV) nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 werden zunächst die Grundbeträge für Hausärzte (GB HÄ) und Kinderärzte (GB Ki) sowie Rückstellungen und Vorwegleistungen abgezogen und im Anschluss die Vergütung der restlichen Leistungen von Haus- und Kinderärzten bestimmt.
Die Überträge der FKZ-Salden aus Vorjahresquartalen für die Quartale 4/2024 bis 3/2025 werden der gebildeten Rückstellung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen oder hinzugefügt.

3.1 Grundbetrag Hausärzte

3.1.1 Vergütung

Die Vergütung von hausärztlichen Leistungen des Kapitels 3 EBM und die hausärztlich (mit Ausnahme der kinderärztlichen) durchgeführten Hausbesuche nach den GOP 01410 bis 01413 sowie 01415 EBM (ausgenommen die mit den Buchstaben E, R, S, U und W modifizierten GOP) erfolgt unquotiert aus dem GB HÄ, welcher erstmalig nach eBA in der 85. Sitzung für die Quartale 4/2025 – 4/2026 festgesetzt und fortentwickelt wird.

3.1.2 Über-/Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Ausgleichszahlung der Krankenkassen. Bereits festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen der nachfolgend genannten Zeiträume sind mit einer Ausgleichzahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen. Im Falle einer Unterschreitung des Grundbetrages im aktuellen Quartal wird das nicht ausgeschöpfte Finanzvolumen vorerst zurückgestellt. Jeweils vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres erfolgt eine Saldierung zwischen Über- und Unterschreitung des Grundbetrages. Abweichend vom genannten Zeitraum wird bei der erstmaligen Überprüfung zunächst das Quartal 4/2025 und 1/2026 saldiert. Kommt es nach der jeweiligen Saldierung zu einer Unterschreitung, werden nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen bis zum Ende des jeweiligen Jahres vereinbart und an die Hausärzte in der Höhe des Unterschreitungsvolumens ausgezahlt.

3.1.3 Vergütung FKZ-Saldo

Der Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) des aktuellen Quartals für die zugeordneten Leistungen wird innerhalb des GB HÄ vergütet.

Lesefassung

3.2 Grundbetrag Kinderärzte

3.2.1 Vergütung

Die Vergütung für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitel 4 EBM (ausgenommen GOP 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) erfolgt unquotiert aus dem Grundbetrag Kinderärzte (GB Ki), welcher erstmalig nach BA in der 807. Sitzung festgesetzt und fortentwickelt wird.

3.2.2 Über-/Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Ausgleichszahlung der Krankenkassen. Bereits festgestellte Unterschreitungen in den vorausgegangenen Quartalen der nachfolgend genannten Zeiträume sind mit einer Ausgleichzahlung im aktuellen Quartal zu verrechnen. Im Falle einer Unterschreitung des Grundbetrages im aktuellen Quartal wird das nicht ausgeschöpfte Finanzvolumen vorerst zurückgestellt. Jeweils vom 2. Quartal des Vorjahres bis zum 1. Quartal des aktuellen Kalenderjahres erfolgt eine Saldierung zwischen Über- und Unterschreitung des Grundbetrages. Kommt es nach der jeweiligen Saldierung zu einer Unterschreitung, werden nicht basiswirksame Zuschläge zur Förderung der kinderärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen bis zum Ende des jeweiligen Jahres vereinbart und an die Kinderärzte in der Höhe des Unterschreitungsvolumens ausgezahlt.

3.2.3 Vergütung FKZ-Saldo

Der Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) des aktuellen Quartals für die zugeordneten Leistungen wird innerhalb des GB Ki vergütet.

3.3 Rückstellungen und Vorwegleistungen

3.3.1 Rückstellungen

Aus dem GB HäV sind folgende Rückstellungen zu bilden:

a) für Sicherstellung, Honorarkorrekturen, schwebende Verfahren und Praxisbesonderheiten

b) zur Förderung von Praxisnetzen in Höhe von 12.500 €

c) für den zu erwartenden Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) nach den Leistungen des Abschnitts II Teil B Nr. 3.3.2 und 3.4. Dieser basiert auf dem FKZ-Saldo des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 für die zugeordneten Leistungen. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird aus der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung berücksichtigt.

3.3.2 Vorwegleistungen

Aus dem GB HäV sind folgende Vorwegleistungen zu vergüten:

a) Zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern wird ein Verteilungsvolumen auf Basis der Vergütung des Vorjahresquartals für diese Leistungen gebildet.

   Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet. Bei einer Überschreitung des Verteilungsvolumens werden die entsprechenden Finanzmittel aus der gebildeten Rückstellung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen. Unterschreitet die Leistungsanforderung das Verteilungsvolumen werden die übrigen Finanzmittel anteilig nach der aktuellen Leistungsanforderung in diesem Bereich zwischen Haus- und Kinderärzten aufgeteilt und dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe b) bzw. 3.4.2 Buchstabe c) zugeführt.

Lesefassung

b) Zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM und von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A) wird ein Verteilungsvolumen auf Basis des zur Verfügung gestellten Verteilungsvolumens des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 für diese Leistungen gebildet.

   Die Leistungsanforderung wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 85% vergütet. Bei einer Überschreitung des Verteilungsvolumens werden die entsprechenden Finanzmittel aus der gebildeten Rückstellung Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) entnommen. Unterschreitet die Leistungsanforderung das Verteilungsvolumen werden die übrigen Finanzmittel anteilig nach der aktuellen Leistungsanforderung in diesem Bereich zwischen Haus- und Kinderärzten aufgeteilt und dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe b) bzw. 3.4.2 Buchstabe c) zugeführt.

3.4 Restliche Leistungen für Haus- und Kinderärzte

3.4.1 Restliche Leistungen Hausärzte

Für mGV-Leistungen der vollzugelassenen und ermächtigten Hausärzte, die nicht im GB HÄ oder als Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 und Nr. 3.3.2 vergütet werden, erfolgt die Vergütung aus dem nachfolgend zu bildenden Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Hausärzte.

a) Basis für das Verteilungsvolumen bildet der GB HäV abzüglich der GB HÄ und GB Ki nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 und 3.2, den Verteilungsvolumen aus Rückstellung und Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3 sowie dem Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Kinderärzte nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.2 Buchstaben a) und b).

b) Der Ausgangsbasis nach a) sind ggf. Überträge nicht basiswirksam dem Verteilungsvolumen hinzuzufügen bzw. zu entnehmen:

   - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 (GB BD/Notfall) für die hausärztliche Versorgungsebene werden

     anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
   - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 (GB Labor) für die hausärztliche Versorgungsebene werden

     anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
   - Anteil der Hausärzte an den Unterschreitungen im aktuellen Quartal der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2.
   - Hausärzte, die ihrer Fortbildungspflicht, der gesetzlichen Pflicht zu Anbindung an die Telematikinfrastruktur und/oder der Einführung einer elektronischen Patientenakte nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen. Die Kürzungen aus mGV-Leistungen des Vorquartals werden dem Verteilungsvolumen für restliche Leistungen Hausärzte hinzugefügt.

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung des gebildeten Verteilungsvolumens aus den Buchstaben a) und b) quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung das gebildete Verteilungsvolumen aus den Buchstaben a) und b) entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

Zur Fortschreibung der korrespondierenden Quartale ab 4/2026 werden die prozentualen Anteile der Haus- und Kinderärzte des basisbildenden Verteilungsvolumens (Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe a) und Nr. 3.4.2 Buchstabe a) und b)) aus den Quartalen 4/2025 – 3/2026 festgehalten. Hiernach wird zur Ermittlung des Verteilungsvolumens ab 4/2026 der festgehaltene quartalsrelevante Prozentanteil der Hausärzte mit dem Ergebnis aus GB HäV abzüglich GB HÄ (Abschnitt IITeil B Nr. 3.1), abzüglich GB Ki (Abschnitt II Teil B Nr. 3.2) und abzüglich der Rückstellung/Vorwegleistungen (Abschnitt II Teil B Nr. 3.3) multipliziert.

Lesefassung

3.4.2 Restliche Leistungen Kinderärzte

Für mGV-Leistungen der vollzugelassenen und ermächtigten Kinderärzte, die nicht im GB Ki oder als Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 und Nr. 3.3.2 vergütet werden, erfolgt die Vergütung aus dem nachfolgend zu bildenden Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen Kinderärzte.

Die nachfolgenden Buchstaben a) und b) bilden die Basis für das Verteilungsvolumen. Auf dieser Basis wird das Verteilungsvolumen für die korrespondierten Quartale nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 weiterentwickelt.

a) Für die Quartale 4/2025 – 3/2026 werden basiswirksam aus dem korrespondierendem Vorjahresquartal folgende Vorwegleistungen aufgelöst. Hierbei wird der prozentuale Anteil der Leistungsanforderung für Kinderärzte nach Anlage 1 des korrespondierenden Quartals in der jeweiligen Vorwegleistung mit dem entsprechenden Verteilungsvolumen multipliziert und dem Verteilungsvolumen für die restlichen Leistungen Kinderärzte gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 zur Verfügung gestellt. Folgende Vorwegleistungen werden überführt:

   - Haus- und Heimbesuche (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe b))
   - Leistungen von ermächtigten Arztgruppen (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe c))
   - Förderungswürdige Leistungen (nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe g))

b) Das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals für die restlichen Leistungen Kinderärzte abzüglich Honorarvolumen der GOP 04003 EBM nach HVM bis 3/2025 Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe h) gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1.

c) Der Ausgangsbasis nach a) und b) sind ggf. Überträge nicht basiswirksam dem Verteilungsvolumen hinzuzufügen bzw. zu entnehmen:

   - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 (GB BD/Notfall) für die hausärztliche Versorgungsebene werden

     anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 1.7 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
   - Über-/Unterschreitungen im aktuellen Quartal aus Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 (GB Labor) für die hausärztliche Versorgungsebene werden

     anteilig nach der genannten Aufteilung in Abschnitt II Teil B Nr. 2.3 Satz 1 auf die Hausärzte bzw. Kinderärzte verteilt.
   - Anteil der Kinderärzte an den Unterschreitungen im aktuellen Quartal der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2.
   - Kinderärzte, die ihrer Fortbildungspflicht, der gesetzlichen Pflicht zu Anbindung an die Telematikinfrastruktur und/oder der Einführung einer elektronischen Patientenakte nicht nachgekommen sind, werden einer prozentualen Honorarkürzung unterzogen. Die Kürzungen aus mGV-Leistungen des Vorquartals werden dem Verteilungsvolumen für restliche Leistungen Kinderärzte hinzugefügt.

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung des gebildeten Verteilungsvolumens aus den Buchstaben a) – c) quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird sie zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung das gebildete Verteilungsvolumen aus den Buchstaben a) – c) entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

Zur Fortschreibung der korrespondierenden Quartale ab 4/2026 werden die prozentualen Anteile der Haus- und Kinderärzte des basisbildenden Verteilungsvolumens (Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 Buchstabe a) und Nr. 3.4.2 Buchstabe a) und b)) aus den Quartalen 4/2025 – 3/2026 festgehalten. Hiernach wird zur Ermittlung des Verteilungsvolumens ab 4/2026 der festgehaltene quartalsrelevante Prozentanteil der Kinderärzte mit dem Ergebnis aus GB HäV abzüglich GB HÄ (Abschnitt IITeil B Nr. 3.1), abzüglich GB Ki (Abschnitt II Teil B Nr. 3.2) und abzüglich der Rückstellung/Vorwegleistungen (Abschnitt II Teil B Nr. 3.3) multipliziert.

Lesefassung

3.5 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.

3.6 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen kann Praxen mit Hausärzten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM verfügen, einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht in Abschnitt II Teil B Nr. 4.12 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

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 GB Labor nach Abschnitt II Teil B Nr. 2.1 und GB BD/Notfall nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 4.5.3 bei Praxen mit entsprechender Voraussetzung)

e) Rückstellung für den Ausgleich der GB Labor und GB BD/Notfall. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

f) Finanzmittel zur Stärkung der RLV/QZV und freie Leistung arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen je Arztgruppe nach Anlage 1. Hierbei werden 6% des GB FÄ nach Abschnitt II Teil A Nr. 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.

Lesefassung

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 Nr. 4.3.1 bis Nr. 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 mGV 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 Heimbesuchen der GOP 01410, 01413 und 01415, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 3.1.1.

d) Verteilungsvolumen zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19.2 und 19.3 EBM durch Pathologen, Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 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 Nr. 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, 12222 bis 12224 EBM). Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nicht besetzt

4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen 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.

Lesefassung

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.

Ergänzend ist dem zuvor gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen je Arztgruppe die Rückstellung aus Abschnitt II Teil B Nr. 4.2 Buchstabe f) sowie um die noch zur Verfügung stehenden Gelder aus den Über-/Unterschreitungen bzw. Rückstellungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 1.7, Nr. 2.3, Nr. 4.2 Buchstabe e), Nr. 4.9.3, Nr. 5.2 und Nr. 6.3 zur Verfügung zu stellen. Nach Abzug von 2 Mio. € für die Finanzierung von Praxisbesonderheiten im Sinne des Abschnitts II Teil B Nr. 4.2 Buchstabe a) werden diese zusätzlichen Finanzmittel nach dem prozentualen Anteil der Leistungsanforderung zur unteren Quote je Arztgruppe nach Anlage 1 anhand der korrespondierenden Basisquartale 2/2023 bis 1/2024 dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zugeführt.

Für RLV/QZV überschreitende Leistungen werden aus dem erhöhten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen 4% (hierbei wird Abschnitt II Teil C Nr. 4 nicht berücksichtigt) zurückgestellt.

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 Nr. 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.

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 Nr. 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.

Lesefassung

b) In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) 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 Behandlungs-fallzahl	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 Nr. 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 Nr. 4.4.1 ermittelten Fallwertes und der individuellen RLV relevanten Fallzahl des aktuellen Quartals ergibt sich das arztbezogene RLV.

4.5.1 Abstaffelung arztbezogenes RLV

Das nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 KV Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung nach Absatz 1 keine Anwendung.

Lesefassung

Für Ärzte der gleichen Arztgruppe innerhalb einer BAG 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 Nr. 4.5 multipliziert.

4.5.3 BAG Aufschlag

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG wird das praxisbezogene RLV

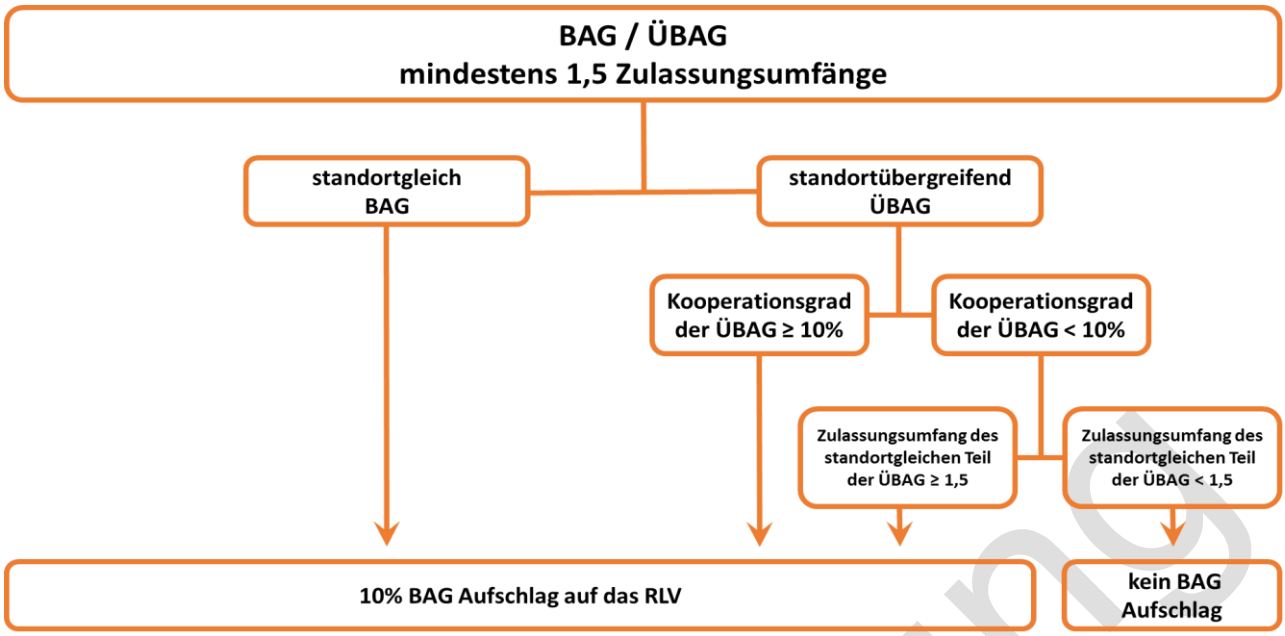
a) bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht
b) bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad[1] 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 Nr. 4.2 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

Lesefassung



Lesefassung

4.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) 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.

Das für jede Arztgruppe zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 Nr. 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 Nr. 4.6.1 ermittelten Fallwertes und der arztindividuellen RLV relevanten Fallzahl nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 (frL) werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

Das für jede Arztgruppe zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 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.

Lesefassung

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.

Übersteigt die Leistungsanforderung einer Arztgruppe innerhalb RLV/QZV nach Anlage 1 aufgrund Praxisbesonderheiten das zur Verfügung stehende Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) + b), wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung finanziert.

Bei einer Unterschreitung werden die übrigen Finanzmittel dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 zur Verfügung gestellt.

4.9.2 freie Leistungen

Die Leistungsanforderung für frL nach Anlage 2 wird dem in Abschnitt II Teil B Nr. 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 Nr. 4.3.3 Buchstabe a) des Folgejahres geschoben.

4.9.3 Vorwegleistungen

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

Zu a) aus Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1:

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

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

> Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 Nr. 4.3.1:

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

Lesefassung

Zu f) aus Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1:

Die Leistungsanforderung nach Anwendung der Steuerungsmaßnahme nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.12 wird mit einer Auszahlungsquote in Höhe von 85% vergütet. Der Saldo zu der nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird mit dem Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 verrechnet.

Zu h) aus Abschnitt II Teil B Nr. 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 Nr. 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

Zu i) aus Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Absatz 5 ggf. erhöht um eine Unterschreitung nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 steht der Leistungsanforderung je Arztgruppe, die nicht nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 bedient werden konnte, für die Vergütung zur Verfügung.

Überschreitet die Leistungsanforderung nach Absatz 1 dieses Verteilungsvolumen, wird die Leistungsanforderung je Arztgruppe quotiert vergütet.

Bei einer Unterschreitung erfolgt ein Übertrag in die nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.2 Buchstaben a) gebildete Rückstellung.

4.10 Anträge

Der Vorstand der KV Hessen kann im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung 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 KV Hessen entscheidet darüber hinaus im Einzelfall.

Lesefassung

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 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOP 40089 bis 40095 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-)BAG, eines MVZ 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 KV 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 KV Hessen kann darüber hinaus generell oder individuell das Budget und/oder die angegebenen Referenz-Fallwerte erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

Lesefassung

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 (GB PFG), welcher sich nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Liegt eine Unterschreitung vor, wird diese dem fachärztlichen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B Nr. 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 Nr. 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 KV Hessen.

6.2 Vergütung

Die Vergütung für technischen Leistungen der Humangenetik der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM erfolgt aus dem Grundbetrag Genetisches Labor (GB gen. Labor), welcher sich nach Abschnitt II Teil A Nr. 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 Nr. 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung.
Im Falle einer Unterschreitung der Leistungsanforderung des in Abschnitt II Teil A Nr. 3 gebildeten Grundbetrages, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 aufgefüllt.

Lesefassung

Teil C: Bereinigungen

1. Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Grundlage für die Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) 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 Gesamtbereinigungsbetrag je ASV-Indikation wird von den jeweils an der ASV-Indikation beteiligten Arztgruppen aus deren arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen arztseitig bereinigt. Die Ermittlung und Bereinigung des Gesamtbereinigungsbetrages erfolgt unabhängig von der Zusammensetzung der teilnehmenden ASV-Teams (reine Krankenhaus oder gemischte Teams) aus-schließlich aus den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.

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

2. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Für die Bereinigung 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 mGV für die teilnehmenden Versicherten. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Selektivvertrag schließenden Krankenkassen und der KV Hessen vereinbarten Regelungen zur Bereinigung der mGV.

Nach diesem Verfahren ist für die Bestimmung der Grundbeträge des aktuellen Quartals der mGV Differenzbereinigungsbetrag zum Vorjahresquartal in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zu berücksichtigen.

Im GB HÄV ist bei der Bildung der Verteilungsvolumen für die Vorwegleistungen nach Teil B Nr. 3.3.2 und der restlichen Leistungen Kinderärzte nach Teil B Nr. 3.4.2 der jeweils darauf entfallende Anteil des mGV Differenzbereinigungsbetrages zum jeweiligen Vorjahresquartal zu beachten. Im GB HÄ und GB Ki wurde der Anteil Selektivverträge nach §§ 63, 73b, 140a SGB V bereits bei der Bildung dieser berücksichtigt. Für das Verteilungsvolumen der restlichen Leistungen der Hausärzte ist eine zusätzliche Berücksichtigung ebenfalls nicht notwendig, da dies durch die Ermittlungsweise unter Teil B Nr. 3.4.1 bereits beinhaltet ist.

Sollten sich für Fachärzte ebenfalls Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V im GB FÄ ergeben, erfolgt bei der Bildung der Verteilungsvolumen für die Vorwegleistungen nach Teil B Nr. 4.3.1, für die arztgruppenspezifischen RLV/QZV und freien Leistungen nach Teil B Nr. 4.3.3 ebenfalls die Berücksichtigung anteilig am entfallenden Anteil des mGV Differenzbereinigungsbetrages zum jeweiligen Vorjahresquartal.

Vorabfassung

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.

Leseprobe

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Hausärztliche Versorgungsebene

Arzt-gruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
1	01-00	Ärzte für Allgemeinmedizin/ hausärztlich tätige Internisten	01, 02, 03	Nein
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

Arzt-gruppe	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

Lesefassung

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	Ermächtige 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

Lesefassung

Anlage 2 QZV Zuordnung

Arztgruppe 3 vollzugelassene Anästhesisten

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen		GOP'n
1	Akupunktur	30790, 30791
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120, 35120V
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 35120V
21	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
36	Elektroophtalmologie	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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z

Lesefassung

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, 30133, 30134
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120, 35120V
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 30133, 30134
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 30133, 30134
13	Phlebologie	30500, 30501

Lesefassung

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, 35120V
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z
78	Balneophototherapie	10350

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

Freie Leistungen		**GOP'n**
77	Kapselendoskopie	13425, 13426

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

Lesefassung

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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 35120V
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, 35120V
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

Lesefassung

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, 35120V
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z

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

Arztgruppe 28 vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater

Lesefassung

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120, 35120V
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 35120V
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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

Lesefassung

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, 35120V
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
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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, 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, 35120V
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

Vorlesefassung

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, V, W, 35163 – 35169 inkl. Suffixe A, B, H, T, V, W, Z

Anlage 3 Nicht besetzt

Lesefassung

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen der Fachärzte

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
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%	

Lesefassung

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		58,61 €		Wert der GOP analog Honorar-vertrag 2026

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 GB BD/Notfall vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KV Hessen 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.

Lesefassung

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)	Mehrbedarf: 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 Nr. 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.	▪ 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
2)	ab 2/2020	Mehrbedarf: 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 Nr. 3.1.1 wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
3)	ab 1/2021	Mehrbedarf: Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701 EBM)	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 Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
4)	ab 1/2021	<u>Minderbedarf/Einsparungen:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320 – 19322 und 19331 EBM)	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 Nr. 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.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
5)	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 Nr. 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
6)	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 Nr. 3.1.1 wird den jeweiligen QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
7)	ab 2/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 EBM)	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 Nr. 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
8)	ab 3/2021	<u>Neue GOP</u> GOP 04417, 13577 EBM 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 EBM beschlossen. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
9)	ab 3/2021	<u>Wertabsenkung GOP EBM</u> GOP 04511, 08311 ,08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401,13402, 13662, 26310, 26311, 30601 (Ausnahme GOP 08311T, 26310T,26311T) EBM	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 Nr. 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 entnommen.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Freigabe

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
10)	ab 4/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschalen GOP 13691 und 13692 EBM	Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 EBM inklusive Suffixe um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
11)	1/2026 - 4/2026	<u>Bereinigung:</u> Hybrid-DRG	Nach Beschluss des BA in der 827. Sitzung erfolgt eine basiswirksame Bereinigung für Leistungen, die Bestandteil von Hybrid-DRG sind, die ab dem 1. Januar 2026 je Quartal aus der mGV zu entnehmen sind. Abweichend zum genannten bundeseinheitlichen Beschluss mit errechneten 10.761.238 Punkten stimmen die Krankenkassen nach erfolgter regionaler Überprüfung zu, den hessischen Bereinigungswert auf 227.210,6 Punkte anzupassen. Dieser Bereinigungswert wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung für Hybrid-DRG-Leistungen, welche dem Nicht-Begleitleistungskatalog nach § 115b SGB V (Lkat: 33 → Leistungen im Behandlungsfall Hybrid-DRG nach § 115f SGB V (GOP 88110 und 88115F) aus dem Nicht-Begleitleistungskatalog § 115b SGB V) unterliegen, im aktuellen Quartal der hausärztlichen Versorgungsebene im Bereich restliche Leistungen (Ha/Ki) oder im fachärztlichen Grundbetrag im RLV/QZV/frL-Verteilungsvolumen unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 entnommen.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.4 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
12)	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 Nr. 3.1.1 wird dem RLV/QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 oder 4.6 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
13)	ab 1/2023	<u>Eindeckelung:</u> 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 (GOP 01645A EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der HNO-Ärzte sowie für das Zweitmeinungsverfahren Gebärmutterentfernungen (GOP 01645B EBM) wird dem RLV-Verteilungsvolumen der Gynäkologen zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
14)	ab 4/2023	<u>Eindeckelung Soziotherapie</u> Rückführung der GOP 30810 und 30811 EBM	Ab dem 1. Oktober werden die GOP 30810 und 30811 EBM (Soziotherapie) innerhalb der mGV vergütet (KV-Info aktuell 225/2022). Mit Aufnahme der Leistungen zur Verordnung einer Soziotherapie 2016 hat der Erweiterte Bewertungsaus-schuss (EBA) das Verfahren der Eindeckelung vorgegeben (vgl. 45. Sitzung). Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
15)	ab 1/2024	<u>Eindeckelung:</u> Humangenetischer Beratungsleistungen (GOP 01841, 11230 und 11233 bis 11236 EBM)	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. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV-Verteilungsvolumen der Humangenetiker in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
16)	ab 1/2024	<u>Eindeckelung:</u> 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 im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren Schulterarthroskopie (GOP 01645C EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
17)	ab 1/2024	Basiswirksame Anpassung des fachärztlichen Grundbetrages	Nach KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung hatten sich von 1/2023 – 4/2023 basiswirksame Anpassungen im fachärztlichen Grundbetrag ergeben. Die im Vorjahresquartal ermittelte anteilige Anpassung der GOP 19328 EBM für das RLV-Verteilungsvolumen der Gynäkologen wird gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 und an gleicher Stelle hinzugefügt. Die im Vorjahresquartal ermittelte anteilige Anpassung der GOP 01842 EBM für das RLV-Verteilungsvolumen der Humangenetiker wird gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 und an gleicher Stelle hinzugefügt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
18)	ab 2/2024	<u>Ausdeckelung:</u> Leistungen Kap. 14.2 EBM sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM 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 EBM bei Kinder- und Jugendpsychiatern der Quartale 2/2023 – 1/2024. Der im Vorjahresquartal ermittelte Bereinigungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV-Verteilungsvolumen der Kinder- und Jugendpsychiater in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 entnommen.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
19)	ab 1/2026	<u>Eindeckelung:</u> GOP 01611 EBM (Verordnung von Rehabilitation)	Nach Beschluss des BA in der 416. Sitzung, Teil B, Nr. 3 und der letzten Verlängerung 674. Sitzung wird die GOP 01611 EBM in die mGV zum 1. Januar 2025 überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV-Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
20)	ab 1/2025	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Implantationen einer Knieendoprothese	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645E EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Januar 2024 in die mGV überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
21)	ab 2/2025	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645D EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. April 2024 in die mGV überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
22)	ab 4/2025	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen an der Wirbelsäule	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645F EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Oktober 2024 in die mGV überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
23)	ab 1/2024	<u>Anpassung der mGV:</u> Kassenwechslereffekt	Nach Beschluss des BA in der 451. Sitzung wird eine basiswirksame Anpassung der mGV im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts jährlich bekannt gegeben. Diese basiswirksame mGV-Anpassung wird quartalsweise anteilig nach der Höhe des jeweiligen Grundbetrages in Abschnitt II Teil A Nr. 3 jedem Grundbetrag zugeführt bzw. entnommen.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3
24)	ab 1/2026	<u>Eindeckelung:</u> Überführung von Leistungen in die mGV ab 2025 nach erfolgter Prüfung („Abgrenzungsbeschluss“)	Nach Beschluss des BA in der 726. Sitzung werden folgende Leistungen mit erfolgter Prüfung in die mGV zum 1. Januar 2025 überführt. Für die nachfolgend genannten Buchstaben a) – f) werden jeweils im Vorjahresquartal ermittelten Eindeckelungsbeträge gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 dem RLV-Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) oder der freien Leistungen in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe c) (siehe Spalte Verweis HVM) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt. a) Verordnung von Cannabis (GOP 01626 EBM) b) Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (GOP 01650 EBM) c) Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426 EBM) d) Balneophototherapie (GOP 10350 EBM) e) Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM) f) MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie GOP 30960 und 30961 EBM)	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) und c) Für a), b), e) und f) gilt: - RLV-Verteilungsvolumen (FA) Für c) gilt: - Freie Leistung (GOP 13425, 13426 EBM) bei Arztgruppe 11 Für d) gilt: - Freie Leistung (GOP 10350 EBM) bei Arztgruppe 10

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
25)	ab 1/2026	<u>Eindeckelung:</u> GOP 01442 EBM (Videofallkonferenz)	Nach Beschluss des BA in der 685. Sitzung wird die GOP 01442 EBM in die mGV zum 1. Januar 2025 überführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 wird dem RLV-Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
26)	2/2025 - 1/2026	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645G EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. April 2025 in die mGV überführt. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen (01645G 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.	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
27)	3/2025 - 2/2026	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren bei Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645H EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Juli 2025 in die mGV überführt. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (GOP 01645H 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.	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
28)	4/2025 - 3/2026	<u>Bewertungserhöhung:</u> GOP 06331 und 06332 EBM	Nach Beschluss des BA in der 807. Sitzung wird die mGV um den erwarteten Mehrbedarf der genannten GOP erhöht. Der basiswirksame Erhöhungsbetrag ergibt sich für die Quartale 4/2025 bis 3/2026 durch Multiplikation des jeweiligen Differenzbetrags der alten und neuen Bewertung der GOP 06331 und 06332 mit der Häufigkeit der entsprechenden GOP im jeweiligen Vorjahresquartal. Der hieraus resultierende Mehrbedarf wird dem Grundbetrag Fachärzte zugewiesen und anteilig der Häufigkeit der GOP 06331 und 06332 in der Vorwegleistungsposition Leistungen von Arztgruppen ohne RLV sowie im QZV 37 nach Anlage 2 bei vollzugelassenen Augenärzten bereitgestellt.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
29)	1/2026 - 4/2026	<u>Eindeckelung:</u> Überführung von Leistungen in die mGV ab 2026 nach erfolgter Prüfung („Abgrenzungsbeschluss“)	Nach Beschluss des BA in der 788. Sitzung werden folgende Leistungen mit erfolgter Prüfung in die mGV zum 1. Januar 2026 überführt. Für die nachfolgend genannten Buchstaben a) – g) werden jeweils kassenseitige Eindeckelungsbeträge ermittelt. Diese werden nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Verteilungsvolumen (siehe Spalte Verweis HVM) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt. a) Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360) b) Orale Hyposensibilisierungsbehandlung mit dem Wirkstoff AR101 (Palforzia) (GOP 30133 und 30134) c) Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie (GOP 01410K und 01413K) d) Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32779 und 32816) e) Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV-Antikörper-Nachweis) (GOP 32674) f) Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus (GOP 32865) g) Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) Für a) gilt: - Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 u 3.2 (hier bereits im Aufsatzwert berücksichtigt) (GB HäV) - Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) (GB FA) Für b) gilt: - Bei Haus- und Kinderärzten in Abschnitt II Teil B Nr. 3.4.1 oder 3.4.2 (GB HäV) - Bei AG 8, 9, 10 nach Anlage 1 in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 nach Anlage 2 (GB FA) - Restliche AG in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) oder Nr. 4.3.3 Buchstabe a) (GB FA) Für c) gilt: - Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe b) (GB FA) Für d) bis f) gilt: - Abschnitt II Teil B Nr. 2 (GB Labor) Für g) gilt: - Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) (GB FA)

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
30)	1/2026 - 4/2026	<u>Eindeckelung:</u> Ärztliches Zweitmeinungsverfahren zur Entfernung der Gallenblase	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung werden die Leistungen, die mit der entsprechenden indikationsspezifischen Pseudoziffer (GOP 01645I EBM) gemäß der Protokollnotiz gekennzeichnet sind, ab dem 1. Januar 2026 in die mGV überführt. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für das Zweitmeinungsverfahren zur Entfernung der Gallenblase (01645I 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.	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)
31)	bis 4/2026	<u>Erhöhung/Mehrbedarf der mGV:</u> Für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 11.4 EBM	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 (GOP 11355, 11356, 11444, 11445, 11446, 11447, 11448, 11513 und 11522 EBM) statt. Diese Anpassungen müssen basiswirksam berücksichtigt werden. Das in der 850. Sitzung mitgeteilte Punktevolumen für Hessen von 2.956.764 Punkten je Quartal wird gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 und im Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 und Abschnitt II Teil B Nr. 6 im GB „Genetisches Labor“ berücksichtigt.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 6

Lesefassung

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
32)	1/2026 - 4/2026	Erhöhung des Behandlungsbedarf: Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Kapitel 32.3 EBM	Nach Beschluss des BA in der 849. Sitzung erfolgt eine basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarf zur Weiterentwicklung der direkten Erregernachweise in der Mikrobiologie im Kapitel 32.3 EBM. Die mGV wird um das in diesem Beschluss mitgeteilte Punktzahlvolumen, differenziert nach Quartal betrachtet, erhöht. Dieses Punktzahlvolumen wird gesteigert nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.1 und nach prozentualen Anteilen der entsprechenden, arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag (Labor, hausärztliche Versorgungsebene oder Fachärzte) im entsprechenden Bereich zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 2 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g)

Lesefassung