

Änderung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2021 bzw. 1. April 2021

Beschluss der Vertreterversammlung vom 06.03.2021

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.01.2021 bzw. 01.04.2021 wie folgt geändert:

A) Ab 01.01.2021:

I) Im Inhaltsverzeichnis wird Ziffer 4 geändert und lautet wie folgt:

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

- 4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume
- 4.2 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr“

II) Das Anlagenverzeichnis wird angepasst und lautet wie folgt:

„Anlagen

- Anlage 1 Arztgruppen
- Anlage 2 QZV Zuordnung
- Anlage 3 Nicht besetzt
- Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021
- Anlage 5 MGV-Veränderungen
- Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale“

III) Abschnitt I wird geändert und lautet wie folgt:

**„Abschnitt I
Extrabudgetäre Gesamtvergütung (eGV)**

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

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2021 stehen für die Vergütung der Zuschläge für die Behandlung HIV-Infizierter (GOP 99099) zusätzlich außerhalb der MGV 100.000,- € nach Abschnitt II des Honorarvertrages für das Jahr 2021 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2021 (25.000,- € je Quartal) aufgeteilt. Die förderungswürdige Leistung sowie der entsprechende Zuschlag ist in der Anlage 4 aufgeführt.

Sollte der für die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2021 zur Verfügung stehende Betrag in Höhe von 25.000,- € nicht ausreichen um den Zuschlag zu der abgerechneten Leistung in voller Höhe zu vergüten, erfolgt je Quartal eine einheitliche Quotierung des Zuschlags.

Eine Förderung des Zuschlages erfolgt ausschließlich für die in der Anlage 4 genannte Leistung, sofern diese innerhalb der MGV vergütet wird.

Weiterhin ausgenommen von den Zuschlägen zu den in der Anlage 4 genannten förderungswürdigen Leistungen sind Leistungen, welche aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst/Notfall“ vergütet werden, die Leistungen bei Sonstigen Kostenträgern und die Leistungen, welche durch Laborgemeinschaften und Krankenhäuser/Institute abgerechnet werden oder über die KVH im Auftrag abgewickelt werden.“

IV) Abschnitt II Teil A Nr. 1 wird ergänzt und lautet wie folgt:

„1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

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

Die zuvor genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V wird um die Finanzmittel für Strahlentherapie nach Beschluss des BA in seiner 513. Sitzung vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2022 verringert. Die Finanzmittel inklusive FKZ-Zahlungen werden im Sinne eines Honorartopfes in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe j) bereitgestellt. Die Höhe der Finanzmittel wird durch den kassenseitigen Eindeckelungsbetrag/Aufsatzwert bestimmt.

Des Weiteren wird die zuvor genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V um die aktuelle Leistungsanforderung mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus) aus Rückstellungen anteilig nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe a) und 4.2 Buchstabe a) erhöht und in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 den Grundbeträgen zugeführt.“

V) Abschnitt II Teil A Nr. 3 wird geändert und lautet wie folgt:

3. Grundbeträge

Zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist nach KBV-Vorgaben die Bildung verschiedener Grundbeträge je Versicherten vorgesehen, sofern die entsprechenden Leistungen nach den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Abschnitt II Teil A 1. zu vergüten sind.

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

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

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

Die im Vorjahresquartal zur Anwendung gekommenen Ein- und Ausdeckelungen der MGV nach Abschnitt II Teil A 1. sowie Verschiebungen von Leistungen in andere Grundbeträge sind bereits bei der Bildung der Ausgangswerte berücksichtigt.

VI) Abschnitt II Teil A Nr. 3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird der letzte Satz ersatzlos gestrichen.

VII) Abschnitt II Teil B Nr. 2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird um einen weiteren Satz wie folgt ergänzt:

„Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus) werden mit 100% vergütet.“

VIII) In Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen Satz 1 werden die Worte „unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1“ gestrichen.

IX) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen wird nach dem Buchstaben g) um einen weiteren Buchstaben h) wie folgt ergänzt:

„h) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag HA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde.“

X) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen wird am Ende des 2. Absatzes um einen weiteren Satz wie folgt ergänzt:

„Dem ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist die relevante TSVG Bereinigung je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 hinzuzufügen.“

XI) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 Leistungen RLV/QZV wird geändert und lautet wie folgt:

Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.2 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.

XII) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 Vorwegleistungen wird um einen weiteren Absatz wie folgt ergänzt:

„Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.“

XIII) In Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen Satz 1 werden die Worte „unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1“ gestrichen.

XIV) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen wird nach dem Buchstaben i) um einen weiteren Buchstaben j) und einen weiteren Buchstaben k) wie folgt ergänzt:

„j) Verteilungsvolumen zur Vergütung getrennt für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228

bis 25230) und für den zu erwartenden FKZ-Saldo. Basis bilden die in Abschnitt II Teil A Nr. 1 bereitgestellten Finanzmittel.

- k) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag FA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde.“

XV) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 wird geändert und lautet wie folgt:

„4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

„Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen ausgenommen Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe j) (eigener Honorartopf) und für RLV/QZV überschreitende Leistungen bildet das verbleibende Volumen das Budget für die Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumina und freie Leistungen.

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

Die Leistungsanforderung je Arztgruppe ins Verhältnis zur gesamten Leistungsanforderung der Versorgungsebene gesetzt, ergibt den prozentualen Anteil je Arztgruppe. Dieser wird mit dem Verteilungsvolumen multipliziert und ergibt das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen RLV/QZV und freie Leistungen je Arztgruppe nach Anlage 1. Dem ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist die relevante TSVG Bereinigung je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 hinzuzufügen.

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

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

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

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

XVI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 Leistungen RLV/QZV wird geändert und lautet wie folgt:

„Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.2 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.“

XVII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 wird geändert/ergänzt und lautet wie folgt:

„4.9.3 Vorwegleistungen

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

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu b) bis e) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

Zu f) und k) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Die hieraus resultierende Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird durch die Häufigkeit der GOP 99070 dividiert. Hieraus resultiert der Wert für die GOP 99070. Die GOP 99070 wird auf die Grundpauschale der Fachgruppen für Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie, Hautarzt, Innere Medizin mit SP Gastroenterologie, Innere Medizin FA ohne SP, Innere Medizin mit SP Kardiologie, Innere Medizin mit SP Pneumologie, Innere Medizin mit SP Angiologie, Innere Medizin mit SP Endokrinologie, Innere Medizin mit SP Nephrologie, Innere Medizin mit SP Hämatologie/Onkologie, Innere Medizin mit SP Rheumatologie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Urologie, Psychotherapie, Psycho-

somatik und Psychotherapie, in den Behandlungsfällen, bei welchen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung nach Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht werden, zugesetzt.

Zu j) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.

Über die Verwendung der Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals entscheidet jeweils der Vorstand der KVH.“

XVIII) Abschnitt II Teil B Nr. 5.2 Über-/Unterschreitungen wird ergänzt und lautet wie folgt:

„Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche, ausgenommen sind Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus), die zu 100% vergütet werden. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Liegt eine Unterschreitung vor, wird diese dem fachärztlichen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 Abs. 2 zugeführt.“

XIX) Abschnitt II Teil B Nr. 6.3 Über-/Unterschreitungen wird ergänzt und lautet wie folgt:

„Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche, ausgenommen sind Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus), die zu 100% vergütet werden. Soweit eine Quotierung der Leistungen die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung.“

XX) Abschnitt II Teil C Nr. 2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe wird geändert und lautet wie folgt:

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

unbereinigter RLV-Fallwert (FW1) =

*unbereinigtes RLV akt. Quartal
(RLV-relevante BHF akt. Quartal zzgl.
aller gemeldeten Bereinigungsfälle)“*

XXI) Abschnitt II Teil C Nr. 2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe wird geändert und lautet wie folgt:

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

XXII) Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume wird geändert und lautet wie folgt:

„4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume

Die Bereinigung des 1. Jahres erfolgte für die TSVG-Konstellationen

- a) TSS-Terminfall ab 11.Mai 2019 – 10.Mai 2020
- b) Hausarzt-Vermittlungsfall beim Facharzt ab 11.Mai 2019 – 10.Mai 2020
- c) Neupatient in den Quartalen ab 01.September 2019 – 31. August 2020
- d) Offene Sprechstunde ab 01.September 2019 – 31. August 2020
- e) TSS-Akutfall ab 01.Januar 2020 – 31. Dezember 2020“

XXIII) Abschnitt II Teil C Nrn. 4.2 Zu bereinigende Leistungen bis einschließlich 4.4.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen werden ersatzlos gestrichen.

XXIV) Abschnitt II Teil C Nrn. 4.4.3 alt wird in Nr. 4.2 neu geändert und lautet wie folgt:

„4.2 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr

Ab dem 2. Jahr nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 werden die arztseitigen Bereinigungssummen des ersten Jahres 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. Die übrigen (nicht RLV/QZV/freie Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3) ermittelten bereinigungsrelevanten Finanzmittel aus dem ersten Jahr sind bereits im jeweiligen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B Nr. 1, 2, 5 und 6 oder in der jeweiligen Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 berücksichtigt und sind dort festgehalten.“

XXV) Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen lautet wie folgt

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021

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.Harnblasen-kath.	5,43 €	0,61 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,35 €	0,82 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	13,00 €	2,29 €	17,61%	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,94 €	2,60 €	15,36%	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	4,26 €	0,48 €	11,20%	
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,43 €	0,61 €	11,20%	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,80 €	1,10 €	11,20%	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	8,31 €	0,93 €	11,20%	
13255	Spirographische Untersuchung	6,39 €	0,72 €	11,20%	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	65,42 €	7,33 €	11,20%	
13400	Ösophago-Gastroduodenaler Komplex	88,96 €	9,96 €	11,20%	
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	20,14 €	2,26 €	11,20%	
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	37,29 €	4,18 €	11,20%	
13575	Funktionsanalyse CRT	45,92 €	5,14 €	11,20%	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,88 €	0,88 €	11,20%	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	14,49 €	1,62 €	11,20%	
14240	Psychiatrische Betreuung	21,10 €	2,36 €	11,20%	
14313	Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg	39,95 €	4,47 €	11,20%	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	22,27 €	2,49 €	11,20%	
20314	Videostroboskopie	16,19 €	1,81 €	11,20%	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind	138,08 €	15,47 €	11,20%	
30111	Allergologiediagnostik II	48,80 €	5,47 €	11,20%	
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,93 €	0,78 €	11,20%	
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	10,02 €	1,12 €	11,20%	
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,56 €	0,85 €	11,20%	
33023	Zuschlag TEE	40,17 €	4,50 €	11,20%	
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	78,74 €	8,82 €	11,20%	
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	88,96 €	9,96 €	11,20%	
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	43,68 €	4,89 €	11,20%	
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	27,70 €	3,10 €	11,20%	
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	27,70 €	3,10 €	11,20%	
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	61,58 €	6,90 €	11,20%	
34257	Retrograde Pyelographie	94,18 €	10,55 €	11,20%	
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	73,30 €	8,21 €	11,20%	
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	21,63 €	2,42 €	11,20%	
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	31,11 €	3,48 €	11,20%	
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	34,52 €	3,87 €	11,20%	
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	26,53 €	2,65 €	10,00%	
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	27,17 €	2,72 €	10,00%	
16310	EEG	26,74 €	2,99 €	11,20%	
16321	Neurophysiologische Untersuchung	28,02 €	3,14 €	11,20%	
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		51,17 €		Wert der GOP 30920

* 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.“

XXVI) Die Anlage 5 MGV-Veränderungen wird geändert und lautet wie aus dem Anhang 1 ersichtlich.

XXVII) Die Anlage 7 Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen wird ersatzlos gestrichen.

B) Ab 01.04.2021

I) In der Anlage 5 MGV-Veränderungen werden die Inhalte der lfd. Nrn. 8) und 9) geändert und lauten wie folgt

8)	ab 2/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Aufnahme der flexiblen Urethro(-zysto)skopie (GOP 26310 und 26313 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
----	--------------	--	---	---

9)	ab 2/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
----	--------------	---	---	--

II) In die Anlage 5 MGV-Veränderungen wird nach der lfd. Nr. 16 alt eine weitere Nr. 17 neu wie folgt aufgenommen:

17)	2/2021 - 1/2022	<u>Eindeckelung:</u> GOP 32480 und 32557 EBM (Labor)	Nach Beschluss des BA in der 433. Sitzung werden die GOP 32480 und 32557 EBM ab dem 1. April 2021 in die mGV überführt. Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3
-----	-----------------------	---	--	-----------------------------

Anhang 1 (ab 01.01.2021)

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	ab 1/2020	<p><u>Mehrbedarf:</u></p> <p>Erhöhung der Versichertenpauschalen (VP) für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (GOP 03005, 04005 EBM)</p>	<p>Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 werden die GOP 03005 EBM und 04005 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 bzw. der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)
2)	ab 1/2020	<p><u>Mehrbedarf:</u></p> <p>Bewertungserhöhung der GOP 34600 EBM (Osteodensitometrie)</p>	<p>Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 wird die GOP 34600 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
3)	ab 2/2020	<p><u>Mehrbedarf:</u></p> <p>Erhöhung der Grundpauschale (GP) für die Behandlungsmethode zur Hornhautvernetzung bei Augenärzten (GOP 06211 EBM)</p>	<p>Nach Beschluss des BA in der 435. Sitzung am 29.03.2019 wird die GOP 06211 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

4)	ab 4/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370 – 04374 EBM)	Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370- 03374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370- 04374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem Vergütungsbe- reich RLV der Kinderärzte in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3
5)	ab 1/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Programm zur Früherken- nung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700 und 01701 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Be- wertungsanpassung er- höht. Der im Vorjahres- quartal ermittelte Mehr- bedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der je- weiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anla- ge 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

6)	ab 1/2021	<u>Minderbedarf/Einsparungen:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320 – 19322 und 19331)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 19320 - 19322 und 19331 EBM um die Einsparung aufgrund der EBM Bewertungsanpassung vermindert. Die im Vorjahresquartal ermittelte Einsparung gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1, 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 2 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben c) und d) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
7)	3/2020 – 2/2021	<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 ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 1-6
8)	2/2020 – 1/2021	<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 ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6

			Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	
9)	2/2020 – 1/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
10)	3/2020 – 2/2021	<u>Neue GOP</u> 12230 Zuschlag zu Laborpauschalen	Nach Beschluss des BA in der 481. Sitzung wurde ein Zuschlag zur GOP 12210 und 12220 beschlossen. Die GOP 12230 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOP 40100, 40110 und 40111 berechnungsfähig. Der Mehrbedarf durch den Zuschlag wird in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) vergütet und führt zu Einsparungen in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a). Der Mehrbedarf (Vergütung GOP 12230 aktuelles Quartal) in der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a) entnommen und der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a)

11)	3/2020 - 2/2021	<u>Absenkung mGV</u> Anpassung mGV aufgrund nachgelagerter Überprüfung der mGV Erhöhung aus der 54. Sitzung BA aus dem Jahr 2018 zu den GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773.	Nach Beschluss des BA in der 504. Sitzung wird die mGV zu einem basiswirksamen Anteil und einem nicht basiswirksamen Anteil vermindert. Die kassenseitig ermittelte Verminderung wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt.	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3
12)	3/2020 - 2/2021	<u>Neue GOP</u> 04417, 13577 Zuschläge für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate	Nach Beschluss des BA in der 506. Sitzung wurden neue Zuschläge zu den GOP 04411, 04413 und 04415 sowie den GOP 13571, 13573 und 13575 beschlossen. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung der neuen GOP im aktuellen Quartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1, Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1
13 a)	3/2020 - 2/2021	<u>Neue GOP</u> 40460 – 40462 Kostenpauschalen	Nach Beschluss des BA in der 507. und 509. Sitzung wurden neue GOP 40460 – 40462 beschlossen. Die ermittelte kassenseitige mGV Erhöhung wird nach aktueller Leistungsanforderung der neuen GOP der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 1 a) zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a)
13 b)	3/2020 - 2/2021	<u>Wertabsenkung GOP EBM</u> GOP 04511, 08311 ,08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401,13402, 13662, 26310, 26311, 30601 (Ausnahme GOP 08311T, 26310T,26311T)	Die jeweils ermittelte kassenseitige mGV Absenkung für die im Beschluss des BA in der 509. Sitzung genannten drei GOP Bereiche wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung für diese drei getrennten GOP Bereiche	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 1-6

			im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 separat entnommen.	
14)	4/2020 - 3/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschalen 13691 und 13692	Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 inclusive Suffixe um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird unter Berücksichtigung der prozentualen Anteile der arztseitigen Leistungsanforderung der Vorjahresquartals den Arztgruppen in Anlage 2 in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
15)	1/2021 - 4/2025	<u>Mehrbedarf</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 um 45 Millionen Euro ab dem Quartal 1/2021 beschlossen. In den folgenden 5 Jahre wird die mGV jährlich basiswirksam um den hälftigen Leistungsbedarfszuwachs angehoben. Dieser ist für die Vergütung des Kapitels 11.4.EBM bestimmt. Die kassenseitig ermittelte Erhöhung wird im Teil A 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
16)	3/2020 - 2/2023	<u>Minderbedarf/Einsparungen</u> Neufassung des Abschnitts 40.4 EBM (e-Arztbriefe)	Nach Beschluss des BA in der 480. Sitzung werden die GOP 40120 bis 40126 und die GOP 40144 zum 30.06.2020 auf Basis des ermittelten Bereinigungsvolumen des Jahres 2018 gestrichen. (Labormediziner, Humangenetiker, Pathologen und Fachwissenschaftler der Medizin werden nicht berücksichtigt.)	▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a)

			Die ermittelte kassenseitige Einsparung wird nach Teil A 3.1.3 im GB HA und GB FA berücksichtigt und im Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a) entnommen.	
--	--	--	--	--

Frankfurt, den 06.03.2021

Kassenärztliche Vereinigung Hessen


Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung