

Änderung des
Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. April 2023

Beschluss der Vertreterversammlung vom 07.07.2023

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 01.04.2023 wie folgt geändert:

I. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt ergänzt:

Unter der Überschrift „Teil B...“ wird eine Nummer 7 „Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin“ mit den Unterpunkten „7.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Kinder- und Jugendmedizin“, „7.2 Vergütung“ und „7.3 Über-/Unterschreitungen“ neu eingefügt.

II. Abschnitt II Teil A Nr. 1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird wie folgt geändert:

Satz 3 wird ersatzlos gestrichen.

III. Abschnitt II Teil A Nr. 3 Grundbeträge wird wie folgt geändert bzw. ergänzt:

1. Satz 2 wird um einen weiteren Spiegelstrich ergänzt und lautet wie folgt:

„Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

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

2. Satz 3 wird geändert und lautet wie folgt:

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

3. Nach Absatz c) wird folgender Absatz d) neu eingefügt:

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

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

IV. Abschnitt II Teil A Nr. 3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird wie folgt geändert:

Nach „...der nach Abschnitt III Teil A 3. bestimmten Ausgangswerte eines jedes Grundbetrags“ wird der Halbsatz „mit Ausnahme des Grundbetrags „Kinder- und Jugendmedizin“ neu eingefügt.

V. Abschnitt II Teil B Nr. 2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird wie folgt geändert:

Satz 3 wird ersatzlos gestrichen.

VI. Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Rückstellungen wird Buchstabe c) geändert und lautet wie folgt:

- „c) Zu erwartender FKZ-Saldo im hausärztlichen Versorgungsbereich
Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals abzüglich Leistungen aus Kap. 4 EBM (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM), die in den Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ im Abschnitt II Teil B Nr.7.1 überführt und dort für den erwarteten FKZ-Saldo zurückgestellt werden, gesteigert um die Veränderungsrate nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag HÄ berücksichtigt.“

VII. Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Vorwegleistungen wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe c) wird ergänzt und lautet wie folgt:

- „c) Verteilungsvolumen für Leistungen von Arztgruppen ohne RLV nach Anlage 1, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals abzüglich Leistungen aus Kap. 4 EBM, die in den Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“ überführt werden, gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.“

2. In Buchstabe f) wird das bisherige Verteilungsvolumen von 1 Mio. auf 900.000 € herabgesetzt und die €-Betragsangabe entsprechend geändert.

3. Buchstabe h) wird wie folgt neu gefasst:

- „h) Verteilungsvolumen zur Vergütung der von Kinder- und Jugendärzten innerhalb der mGV erbrachten restlichen Leistungen (ausgenommen Leistungen im Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin). Basis bildet die Differenz aus dem Vorjahreshonorar für die Vergütung aus mGV Leistungen abzüglich Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr.3.3.1 zuzüglich Neupatientenregelung (Anlage 5 lfd. Nr. 22) bei Kinder- und Jugendärzten nach Anlage 1 und dem Finanzvolumen aus nach Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstabe d) bestimmten Grundbetrag „Kinder- und Jugendmedizin“.“

4. Buchstabe i) wird ersatzlos gestrichen.

VIII. Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

IX. Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen wird geändert und lautet wie folgt:

„Nach Abzug der Verteilungsvolumen für Vorwegleistungen und für RLV/QZV überschreitende Leistungen bildet das verbleibende Volumen das Budget für die Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundene Zusatzvolumina und freie Leistungen.“

Diesem Budget wird die relevante TSVG Bereinigung für den hausärztlichen Versorgungsbereich nach Abschnitt II Teil C Nr. 4 hinzugefügt. Das ermittelte Budget/Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

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

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

X. Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen wird wie folgt geändert:

1. In Satz 5 wird die Angabe „für jede Arztgruppe“ ersatzlos gestrichen.
2. In Satz 8 wird die Angabe „je Arztgruppe“ ersatzlos gestrichen.
3. Satz 9 wird gestrichen. Die Sätze 10 bis 12 (alt) werden zu den Sätzen 9 bis 11 (neu).

XI. Abschnitt II Teil B Nr. 3.7 Arztbezogene QZV wird wie folgt geändert:

Im 2. Halbsatz wird die Angabe „seiner zugehörigen Arztgruppe“ ersatzlos gestrichen.

XII. Abschnitt II Teil B Nr. 3.8 freie Leistungen wird wie folgt geändert:

In den Sätzen 2 und 5 wird jeweils die Angabe „für jede Arztgruppe“ ersatzlos gestrichen.

XIII. Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 Vorwegleistungen (Vergütung) wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird die Aufzählung „unter a) bis i)“ aufgrund des ersatzlosen Wegfalls von i) zu „unter a) bis h)“ geändert.
2. Der Absatz „Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1“ wird wie folgt neu gefasst:

„Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

3. Der Absatz „Zu i) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:“ wird ersatzlos gestrichen.

XIV. Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen wird wie folgt geändert:

Die Buchstaben j) und k) werden ersatzlos gestrichen.

XV. Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

XVI. Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 Vorwegleistungen wird geändert und lautet wie folgt:

„4.9.3 Vorwegleistungen

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

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

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

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

Zu d) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu f) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildete 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.“

XVII. Abschnitt II Teil B Nr. 5.2 Über-/Unterschreitung im GB PFG wird geändert und lautet wie folgt:

„5.2 Über-/Unterschreitung

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

XVIII. Abschnitt II Teil B Nr. 6.3 Über-/Unterschreitungen im GB Genetisches Labor wird geändert und lautet wie folgt:

„6.3 Über-/ Unterschreitungen

Sofern dieser Grundbetrag im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung dieser Leistungsbereiche. Soweit eine Quotierung der Leistungen die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung. Im Falle einer Unterschreitung der Leistungsanforderung des in Abschnitt II Teil A 3. gebildeten Grundbetrages, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.9.4 aufgefüllt.“

XIX. Abschnitt II Teil B wird wie folgt um eine Nummer 7 Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin mit den Unterpunkten 7.1 bis 7.3 ergänzt:

„7. Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin

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

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals aus Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe c) für Leistungen aus Kap. 4 EBM (ausgenommen GOP 04003, 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe) gesteigert um die

Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag Kinder- und Jugendmedizin berücksichtigt.

7.2 Vergütung

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

7.3 Über-/Unterschreitungen

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

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

XX. Abschnitt II Teil C Nr. 2 Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) wird wie folgt geändert:

Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

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

XXI. Anlage 1 Arztgruppen wird wie folgt geändert:

In der „Hausärztlichen Versorgungsebene“ wird bei den Arztgruppen mit der Kennzeichnung 2 in der Spalte „Unterliegt dem RLV“ jeweils das „Ja“ zu „Nein“ geändert.

XXII. Anlage 2 QZV-Zuordnungen wird wie folgt geändert:

Der Abschnitt „Arztgruppe 2 vollzugelassene Kinderärzte“ wird ersatzlos gestrichen.

XXIII. Anlage 5 MGV-Veränderungen wird wie folgt geändert:

1. Die laufende Nr. 4 wird geändert und lautet wie folgt:

4)	ab 4/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370- 03374 EBM)	Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370- 03374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none">▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6
----	--------------	---	--	---

2. Die laufende Nr. 25 alt wird gestrichen und durch folgende Nr. 25 neu ersetzt:

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

XXIV. Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale wird wie folgt geändert:

1. Der Text der Anlage 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

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

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

- 1) Ergometrie
- 2) Haus- und Heimbesuche
- 3) Lungenfunktionsdiagnostik

- 4) Sonographie
- 5) Teilnahme §119b SGB V (Leistungen des EBM-Kapitels 37.2)
- 6) Wundversorgung
- 7) Psychosomatik
- 8) Schlafdiagnostik
- 9) Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung
- 10) Problemorientiertes Gespräch

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

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

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

2. In der Tabelle 1 zu Anlage 6 werden folgende Leistungsbereiche ersatzlos gestrichen: Belastungs-EKG (04321), Lungenfunktionsdiagnostik (04330), Schlafdiagnostik (04435 und 04435I), Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung (04370, 04371, 04372, 04373 und 04374), Problemorientiertes Gespräch (04230, 04320D) U3 (nur Kinderärzte; 01713), Sozialpädiatrische Versorgung (nur Kinderärzte; 04355 und 04356).

Frankfurt, den 07.07.2023
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

