



Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 01. Januar 2020

ab dem Quartal I/2020

Stand: 27.06.2020

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

Abschnitt II

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Teil A: Verteilung der MGV

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

3. Grundbeträge

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge

3.1.1 Steigerung der Ausgangswerte

3.1.2 Bildung Vergütungsvolumina durch Multiplikation Versichertenzahlen

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

3.1.4 Anpassung der Grundbeträge aufgrund möglicher Verschiebungen allgemeiner Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM von Muster 10A auf Muster 10

3.1.5 Anpassung der Grundbeträge aufgrund möglicher Verschiebungen eigenerbrachter Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM (nicht auf Muster 10)

3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen

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

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

2. Grundbetrag Labor

2.1 Rückstellungen

- 2.1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Labor
- 2.1.2 Rückstellung aufgrund Glättung der Finanzmittel im Grundbetrag Labor

2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen

- 2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus
- 2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

2.3 Über-/ Unterschreitungen

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene

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

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

4. Grundbetrag fachärztliche Versorgungsebene

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

5. Grundbetrag Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)

- 5.1 Vergütung
- 5.2 Über-/ Unterschreitungen

6. Grundbetrag Genetisches Labor

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

Teil C: Bereinigungen

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

2. **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)**

- 2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe
- 2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe
- 2.3 Ermittlung des Bereinigungsvolumens der Arztgruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes
- 2.4 Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt
- 2.5 Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben
- 2.6 Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV/frL je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt
- 2.7 Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis
- 2.8 Bereinigung von Vorwegabzügen im Abrechnungsquartal

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

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

- 4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume
- 4.2 Zu bereinigende Leistungen
- 4.3 Bestimmung der arztgruppenspezifischen mGV Auszahlungsquoten (AQ) des Vorjahresquartals
- 4.4 Arztseitige Bereinigung der TSVG-Leistungen
 - 4.4.1 Bereinigung der Grundbeträge BD/Notfall, PFG und gen.LAB
 - 4.4.2 Bereinigung der Grundbeträge HÄ und FÄ
 - 4.4.2.1 Bereinigung von Vorwegleistungen
 - 4.4.2.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen
 - 4.4.3 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Anlage 2 QZV Zuordnung

Anlage 3 Anpassungsfaktoren Leistungsanforderung 2008

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen 2019

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

Anlage 7 Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen

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

Abschnitt I

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

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

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2020 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 2020 zur Verfügung. Der Betrag wird gleichmäßig auf die Quartale 1 bis 4 des Jahres 2020 (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 2020 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.

Abschnitt II

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Teil A: Verteilung der MGV

1. Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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

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

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

Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) wird ab dem Quartal 2/2019 ein Anteil in Höhe von 0,1 % und ab dem Quartal 4/2019 in Höhe von 0,2% der in Abschnitt II Teil A 1. vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

3. Grundbeträge

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

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

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

Die Basis für den jeweiligen Ausgangswert ist das im Vorjahresquartal gebildete Vergütungsvolumen je Grundbetrag zuzüglich der durchgeführten Bereinigungen für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) und der arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.3, 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.

Anpassung im Grundbetrag „genetisches Labor“ in den Quartalen 2/2019 – 1/2020:

Der Ausgangswert wird für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dieser dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01835 bis 01839 angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

3.1 Fortschreibung der Grundbeträge

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

3.1.1 Steigerung der Ausgangswerte

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

3.1.2 Bildung Vergütungsvolumina durch Multiplikation Versichertenzahlen

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

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

In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die Entbudgetierung TSVG nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.1 sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus bzw. in den jeweiligen Grundbetrag in der Höhe der nach dem honorarvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge.

3.1.4 Anpassung der Grundbeträge aufgrund möglicher Verschiebungen allgemeiner Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM von Muster 10A auf Muster 10

Für den Fall, dass auf Muster 10A (Vordruckvereinbarung Anlage 2 BMV) bezogene allgemeine Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die entsprechenden Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 nach folgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO der auf Muster 10A bezogenen allgemeinen Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10A“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10A“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste allgemeine Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem nach Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und dem nach Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.

6. Liegt weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4, noch ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vor, werden die Differenzen nach Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit:

- der rechnerischen Quote, die sich bei der Überführung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach Nr. 2.1 der Anlage zu den KBV-Vorgaben Abschnitt II Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall für 2018 bzw. der Anlage zu den KBV-Vorgaben Abschnitt II Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ für 2019 ergab, und
- den nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 und 3.1.2 vorgesehen Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem aktuellen Quartal und dem jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2018 bis 1/2019 (Quartal der Überführung)

und ergibt das Finanzvolumen, das basiswirksam aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags entnommen und dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zugefügt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen nach Ziffer 4 („Referenzwert Muster 10A“ und dem nach Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Muster 10A“ des entsprechenden Quartals nicht überschreiten.

3.1.5 Anpassung der Grundbeträge aufgrund möglicher Verschiebungen eigenerbrachter Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM (nicht auf Muster 10)

Für den Fall, dass eigenerbrachte Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO von eigenerbrachten Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Eigenerbringung“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Eigenerbringung“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für eigenerbrachte Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei eigenerbrachten Laborleistungen liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Eigenerbringung nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit:

- der rechnerischen Quote, die sich bei der Überführung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach Nr. 2.1 der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall für 2018 bzw. der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ für 2019 ergab, und
- den nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 und 3.1.2 vorgesehen Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem aktuellen Quartal und dem jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2018 bis 1/2019 (Quartal der Überführung)

und ergibt das Finanzvolumen, das basiswirksam aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags entnommen und dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zugefügt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziffer 4 („Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Eigenerbringung“ des entsprechenden Quartals nicht überschreiten.

3.2 Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der nach Abschnitt II Teil A 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge nicht der Summe der MGV Abschnitt II Teil A 1. des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Angleichung vorgenommen: Die Differenz zwischen der MGV und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den prozentualen Anteilen der nach Abschnitt II Teil A 3. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

Nach der Angleichung sind die Vergütungsvolumen für die unter Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.2 genannten Grundbeträge (Grundbeträge HÄ und FÄ) noch um die Entbudgetierungsbeträge TSVG zu erhöhen.

Teil B: Vergütung aus Grundbeträgen

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

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

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

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

1.2 Leistungen innerhalb Dienstzeiten

Leistungen des Bereitschaftsdienstes und Leistungen der Notfallbehandlungen die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen - inklusive des Kapitels 32 EBM - und auf Abrechnungsscheinen mit den Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten auf den Abrechnungsscheinen mit der Scheinuntergruppe 43 während der in der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KV Hessen unter § 5 Abs. 2 genannten Dienstzeiten sowie zu den durch den Vorstand der KV Hessen genehmigten Zusatzzeiten abgerechnet werden, werden aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst/Notfall unquotiert vergütet, soweit die Leistungen bei der Abrechnung mit einer Uhrzeitangabe je Ziffer versehen sind. Sofern als Bestandteil einer Notfall-Erstversorgung bei einer ambulanten Notfallbehandlung sogenannte Leistungen der Regelversorgung erbracht werden, sind die besonderen Umstände des Einzelfalls im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

1.3 Leistungen außerhalb Dienstzeiten

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

1.4 Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit

Leistungen ohne Angabe der Uhrzeit werden bei der Abrechnungsbearbeitung abgesetzt.

1.5 Wegegelder im ÄBD mit Fahrdienst

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

1.6 Zuschläge für Wegegelder

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

1.7 Über- / Unterschreitungen

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

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

2. Grundbetrag Labor

2.1 Rückstellungen

2.1.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo Labor

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

2.1.2 Rückstellung aufgrund Glättung der Finanzmittel im Grundbetrag Labor

Die unter Abschnitt II Teil A 3 jahresweise bestimmte rechnerische Quote wird auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet. Hierzu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert. Die Differenz zwischen dem so ermittelten Leistungsbedarf und dem im Grundbetrag Labor zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen wird für notwendige Überschreitungen im weiteren Berechnungsverlauf des Grundbetrages Labor verwendet.

2.2 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und der veranlassten Laborleistungen

2.2.1 Laborwirtschaftlichkeitsbonus

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

2.2.2 Vergütung der veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die veranlassten Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) werden mit einer Auszahlungsquote in Höhe von mindestens 89% bei einer rechnerischen Quote <89% und höchstens 94% bei einer rechnerischen Quote > 94% vergütet. In dem Bereich zwischen 89% bis 94% kommt die rechnerische Quote zur Anwendung.

2.3 Über-/ Unterschreitungen

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

3. Grundbetrag hausärztliche Versorgungsebene (GB HÄ)

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

3.1 Überträge aus Vorquartalen

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

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

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

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

3.2 Rückstellungen

Aus dem Grundbetrag sind folgende Rückstellungen zu bilden:

- a) Zu erwartende Zahlungen für Sicherstellung, Honorarkorrekturen, schwebende Verfahren und Praxisbesonderheiten
- b) 12.500 € zur Förderung von Praxisnetzen
- c) Zu erwartender FKZ-Saldo im hausärztlichen Versorgungsbereich
Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die Veränderungsraten nach Abschnitt II Teil A 3.1.1. Die Differenz zwischen dem gesteigerten FKZ-Saldo des Vorjahresquartals und dem tatsächlichen FKZ-Saldo des aktuellen Quartals wird im Folgejahresquartal im Grundbetrag HÄ berücksichtigt
- d) Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (Volumen = tatsächlicher Aufschlag im Vorquartal nach Abschnitt II Teil B 3.5.3 bei Praxen mit entsprechender Voraussetzung)
- e) Rückstellung für den Ausgleich der Grundbeträge Labor und Bereitschaftsdienst/Notfall. Dieser ergibt sich aus den in Abschnitt II Teil A 3. basiswirksam zu verschiebenden Finanzmitteln in die hausärztliche Versorgungsebene.

3.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche

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

3.3.1 Vorwegleistungen

Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1 wie nachfolgend aufgeführt:

- a) Verteilungsvolumen zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals
- b) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Haus- und Heimbisuchen der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1
- c) Verteilungsvolumen für Leistungen von Arztgruppen ohne RLV nach Anlage 1, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1
- d) Verteilungsvolumen für Leistungen zu ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM. Basis bilden die 2.191.572,- € (für Hessen) je Quartal in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten Finanzmittel nach Beschluss des Bewertungsausschusses in der 402. Sitzung am 19.09.2017 gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- e) Verteilungsvolumen zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM und von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A). Basis bilden die in Abschnitt II Teil A 3 überführten Finanzmittel in den hausärztlichen Grundbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- f) Verteilungsvolumen zur Vergütung der hausärztlichen Strukturpauschale in Höhe von 1 Mio. €, die aus der in Abschnitt II Teil B Nr. 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung finanziert werden.
- g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von hausärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

3.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen

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

3.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

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

Für die Aufteilung je Arztgruppe bildet das korrespondierende Quartal aus 2008 die Basis. Hierbei wird die Leistungsanforderung aus 2008 analog der aktuellen Zuordnung zum Vergütungsbereich RLV/QZV/frL (sofern diese Leistungen der MGV unterliegen und nicht in anderen Grundbeträgen bereits berücksichtigt sind) herangezogen. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

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

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

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

Basis für die Aufteilung bildet auch hier das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die Leistungsanforderung aus 2008 des Vergütungsbereiches 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

3.4 Regelleistungsvolumen

Die Regelleistungsvolumen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

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

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

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

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

3.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald eine Leistung in einem Arzt- bzw. Behandlungsfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich RLV/QZV/freie Leistungen unterliegt, löst diese einen entsprechenden RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall aus. Sofern ein Fall noch nicht als RLV relevant gezählt wurde, werden auch als TSVG gekennzeichnete Fälle als RLV relevant herangezogen, wenn sie ohne die Kennzeichnung TSVG einen RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall ausgelöst hätten.

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

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

Beispielrechnung

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

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

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

In begründeten Ausnahmefällen kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in einzelnen Arztgruppen von der Stützung auf den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Versichertenpauschale der entsprechenden Arztgruppe abgesehen werden.

3.5 Arztbezogenes RLV

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

3.5.1 Abstufung arztbezogenes RLV

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

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

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

Aus Sicherstellungsgründen kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstufung nach Absatz 1 keine Anwendung.

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

3.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV

Zur Berücksichtigung der Morbidität kommt folgende Funktion zur Anwendung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5.3 BAG Aufschlag

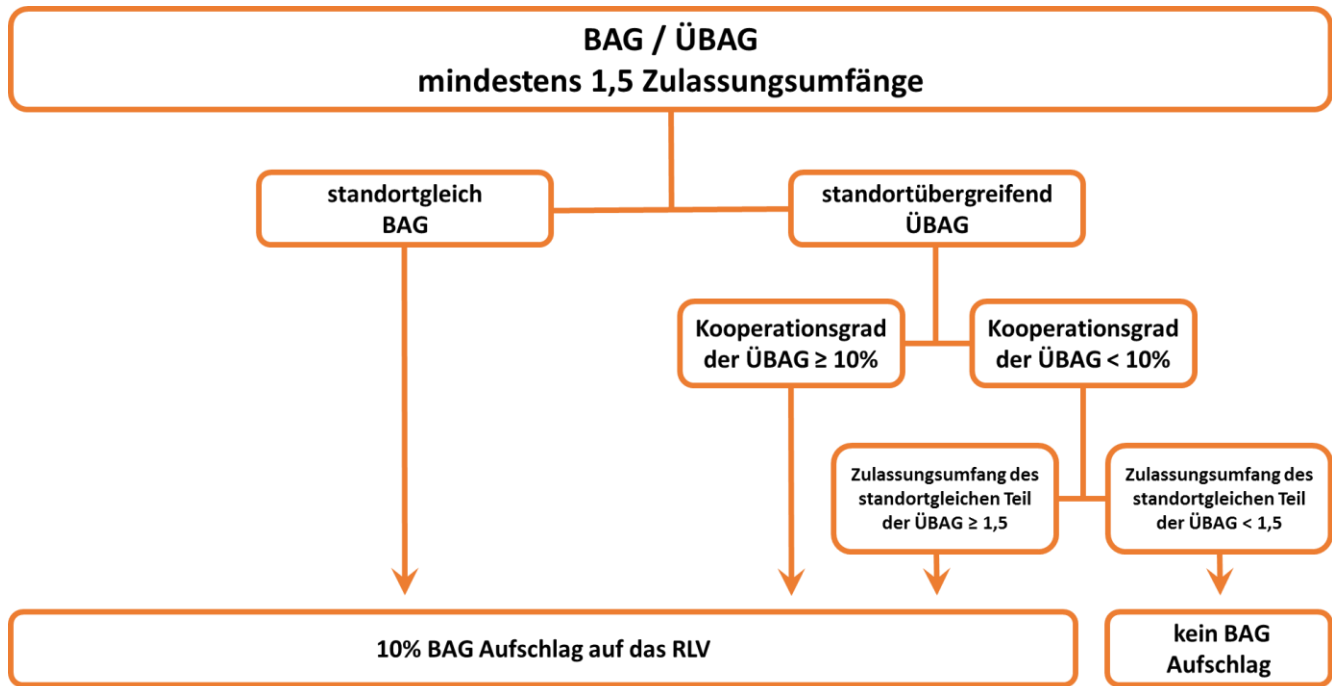
Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

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

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

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

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



3.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

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

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

Basis für die Aufteilung bildet das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die gesamte Leistungsanforderung aus 2008 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

Für das bis zum Quartal 3/2017 gültige QZV „geriatrische und palliativmedizinische Leistungen“ bei Hausärzten und das QZV „Sozialpädiatrie“ bei Kinderärzten werden Finanzmittel in Höhe von 2.474.767,52 € nach Trennungsfaktor je Quartal (Beschluss BewA 295. Sitzung) aus dem hausärztlichen Grundbetrag zur Verfügung gestellt. Diese Finanzmittel sind nach Abschnitt II Teil A 3.1.2 ab dem Jahr 2014 bis zum aktuellen Jahr hin zu steigern.

Anhand des prozentualen Anteils des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens nach Abschnitt II Teil B 3.3.3 der Hausärzte und Kinderärzte im aktuellen Quartal entfallen die Verteilungsvolumina auf die jeweiligen QZVs nach Anlage 2.

Zusätzlich wird das Verteilungsvolumen des QZVs „geriatrische und palliativmedizinische Leistungen“ um die anteilige Leistungsanforderung der GOP 03240 des korrespondierenden Quartals aus 2008 erhöht.

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

3.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert

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

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

Der Fallwert je QZV beträgt mindestens 0,01 €.

3.7 Arztbezogene QZV

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

3.8 freie Leistungen

Die freien Leistungen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

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

Basis für die Aufteilung bildet analog zu den QZV das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die gesamte Leistungsanforderung aus 2008 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

3.9 Vergütung innerhalb der Bereiche

3.9.1 Leistungen RLV/QZV

Die Leistungsanforderung für die Bereiche RLV/QZV wird dem Arzt bis zu seinem arztindividuellen, um die TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.2 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.

3.9.2 freie Leistungen

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

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

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

Die zur Verfügung stehenden Mittel der frL Nummer 16 nach Anlage 2 werden bis zur Höhe der Leistungsanforderung aus dem korrespondierenden Quartal 2009 erhöht. Die Finanzierung des Mehrbedarfs erfolgt aus der Gesamt RLV/QZV Unter-/Überschreitung.

3.9.3 Vorwegleistungen

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

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

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

Die Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet diese Quote 60% wird diese zu Lasten der in Abschnitt II Teil B 3.2 Buchstabe a) gebildeten Rückstellung gestützt. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, wird mit der Unterschreitung das Verteilungsvolumen für RLV/QZV überschreitende Leistungen nach Abschnitt II Teil B 3.9.4 aufgefüllt.

Zu d) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

Zu e) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

Zu f) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die förderungswürdigen Leistungen und die entsprechenden Zuschläge sind in der Anlage 4 aufgeführt. Die hieraus resultierende Leistungsanforderung wird bei einer Überschreitung der in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildeten Rückstellung quotiert vergütet. Unterschreitet die Leistungsanforderung die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 gebildete Rückstellung, entscheidet der Vorstand über die Verwendung der übrigen Finanzmittel.

3.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen

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

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

Bei einer Unterschreitung entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

3.10 Anträge

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

3.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

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

4. Grundbetrag fachärztliche Versorgungsebene (GB FÄ)

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

4.1 Überträge aus Vorquartalen

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

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

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

4.2 Rückstellungen

Aus dem Grundbetrag sind folgende Rückstellungen zu bilden:

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

Dem Grundbetrag ist der zu erwartende Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) für das aktuelle Quartal zuzuführen oder zu entnehmen. Dieser basiert auf dem FKZ des Vorjahresquartals gesteigert um die 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 FÄ berücksichtigt

- d) Zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten (Volumen = tatsächlicher Aufschlag im Vorquartal nach Abschnitt II Teil B 4.5.3 bei Praxen mit entsprechender Voraussetzung)
- e) Rückstellung für den Ausgleich der Grundbeträge Labor und Bereitschaftsdienst/Notfall. Dieser ergibt sich aus den in Abschnitt II Teil A 3. basiswirksam zu verschiebenden Finanzmitteln in die fachärztliche Versorgungsebene.

4.3 Aufteilung in Vergütungsbereiche

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

4.3.1 Vorwegleistungen

Die Höhe der einzelnen Verteilungsvolumen für die jeweiligen Vorwegleistungen bestimmt sich unter Berücksichtigung der TSVG-Bereinigung des Abschnitts II Teil C Nr. 4.4.2.1 wie nachfolgend aufgeführt:

- a) Verteilungsvolumen zur Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 der hessenspezifischen Abrechnungsziffern, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals
- b) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Haus- und Heimbereitschaften der Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- c) Verteilungsvolumen für Leistungen von Arztgruppen ohne RLV nach Anlage 1, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- d) Verteilungsvolumen zur Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19.2 und 19.3 EBM durch Pathologen, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- e) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten für nach den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien innerhalb der MGV erbrachten Leistungen, Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- f) Verteilungsvolumen zur Vergütung bestimmter freier Leistungen (siehe Abschnitt II Teil B 4.8 Abs. 4) der Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen. Basis ist der zur Verfügung gestellte Wert aus dem Vorjahresquartal gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 und zusätzlich wird das Verteilungsvolumen um den erwarteten Mehrbedarf in der MGV nach Beschluss des Bewertungsausschusses (BewA) in der 411. Sitzung am 19.12.2017 für die Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 EBM und 20372 bis 20374 EBM aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht.
- g) 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, sind aus dem jeweiligen Verteilungsvolumen der abrechnenden Fachgruppen zu entnehmen. Basis ist die Leistungsanforderung des aktuellen Quartals.
- h) 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 und 12220 EBM). Basis bilden die in Abschnitt II Teil A 3 überführten Finanzmittel in den fachärztlichen Grundbetrag gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- i) Verteilungsvolumen zur Vergütung von fachärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

- j) Verteilungsvolumen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

4.3.2 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Als Verteilungsvolumen zur Vergütung der RLV/QZV überschreitenden Leistungen werden 6% des GB FÄ nach Abschnitt II Teil A 3.2 und zusätzlich nach der Anlage 4 des Honorarvertrags 2017/2018 6.616.000,- € (1.653.750,- € je Quartal) sowie 550.000,- € als Fördermittel zur Verfügung gestellt.

4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

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

Zur Aufteilung je Arztgruppe bildet das korrespondierende Quartal aus 2008 die Basis. Hierbei wird die Leistungsanforderung aus 2008 analog der aktuellen Zuordnung zum Vergütungsbereich RLV/QZV/frL (sofern diese Leistungen der MGV unterliegen und nicht in anderen Grundbeträgen bereits berücksichtigt sind) herangezogen. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

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

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

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

Basis für die Aufteilung bildet auch hier das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die Leistungsanforderung aus 2008 des Vergütungsbereiches 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren analog Abschnitt II Teil B 3.3.4 berücksichtigt.

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.

Für die Arztgruppe der Augenärzte wird nach Absatz 3 Buchstabe c) für die GOP 06225 EBM (ausschließlich konservative Tätigkeit) ein Verteilungsvolumen aus dem Vergütungsbereich RLV nach Absatz 3 Buchstabe a) als freie Leistung Nummer 73 nach Anlage 2 gebildet. Die Höhe der Verschiebung zwischen den beiden Vergütungsbereichen wird durch die Abwertung der Grundpauschalen (GOP 06210, 06211 und 06212 EBM) bestimmt.

GOP 06210 EBM (inkl. Suffix) → von 620 auf 435 Pkt.

GOP 06211 EBM (inkl. Suffix) → von 515 auf 360 Pkt.

GOP 06212 EBM (inkl. Suffix) → von 610 auf 425 Pkt.

Die Differenz der Abwertung wird mit der Häufigkeit der Grundpauschalen bei Augenärzten nach Anlage 1 des korrespondierenden Quartals 2008 multipliziert und bildet den %-Anteil aus 2008 der aus dem RLV-Verteilungsvolumen entnommen und für die freie Leistung zur Verfügung gestellt wird.

4.4 Regelleistungsvolumen

Die Regelleistungsvolumen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

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

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

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

4.4.1 RLV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald eine Leistung in einem Arzt- bzw. Behandlungsfall abgerechnet wird, die dem Vergütungsbereich RLV/QZV/freie Leistungen unterliegt, löst diese einen entsprechenden RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall aus. Sofern ein Fall noch nicht als RLV relevant gezählt wurde, werden auch als TSVG gekennzeichnete Fälle als RLV relevant herangezogen, wenn sie ohne die Kennzeichnung TSVG einen RLV relevanten Arzt- bzw. Behandlungsfall ausgelöst hätten.

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

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

Beispielrechnung

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

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

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

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Absatz 4 muss mindestens den Wert der durchschnittlichen gewichteten Grundpauschale der entsprechenden Arztgruppe abdecken. Ist dies nicht der Fall, so wird das arztgruppenspezifische RLV-Verteilungsvolumen zu Lasten des arztgruppenspezifischen QZV-/frL-Verteilungsvolumens innerhalb einer Arztgruppe bis zum Erreichen dieses Wertes gestützt. Wird der Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grundpauschale mit dieser Maßnahme nicht vollumfänglich erreicht, wird keine weitere Stützung zu Lasten anderer Bereiche vorgenommen.

In begründeten Ausnahmefällen kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in einzelnen Arztgruppen von der Stützung auf den Wert der durchschnittlichen altersgewichteten Grundpauschale der entsprechenden Arztgruppe abgesehen werden.

4.5 Arztbezogenes RLV

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

4.5.1 Abstufung arztbezogenes RLV

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

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

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

Aus Sicherstellungsgründen kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstufung nach Absatz 1 keine Anwendung.

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

4.5.2 Berücksichtigung der Morbidität im RLV

Zur Berücksichtigung der Morbidität kommt folgende Funktion zur Anwendung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

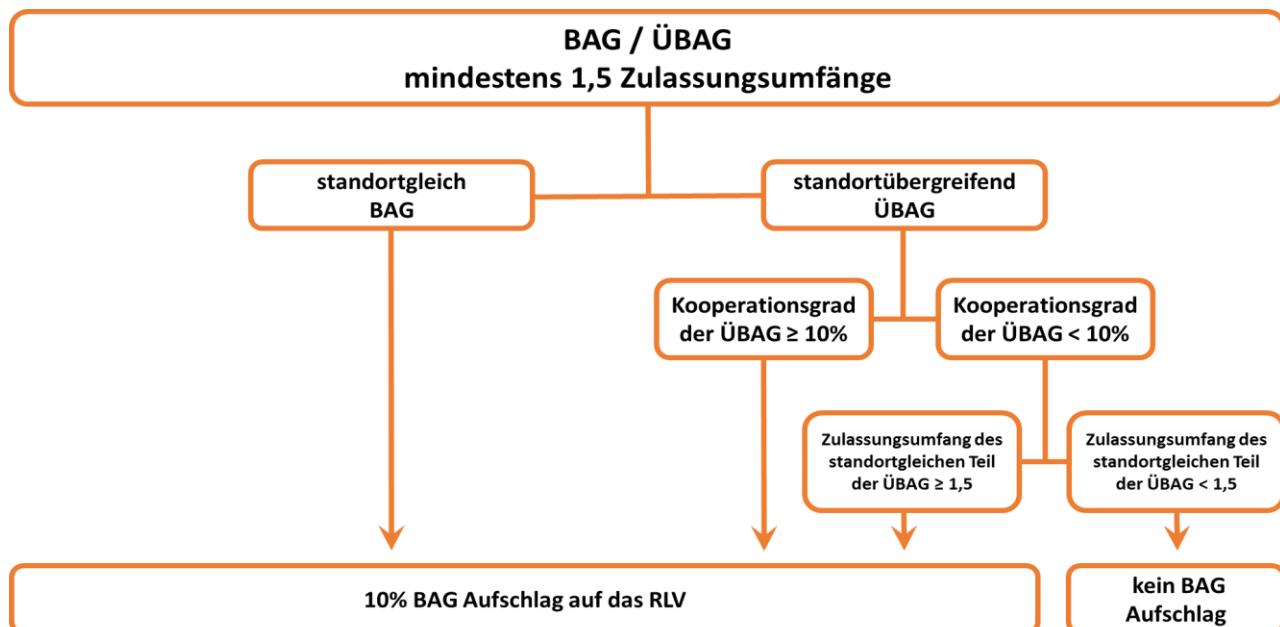
4.5.3 BAG Aufschlag

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

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

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

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



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

4.6 Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen

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

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

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

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

Basis für die Aufteilung bildet das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die gesamte Leistungsanforderung aus 2008 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

4.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert

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

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

Der Fallwert je QZV beträgt mindestens 0,01 €.

4.7 Arztbezogene QZV

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

4.8 freie Leistungen

Die freien Leistungen werden quartalsbezogen für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

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

Basis für die Aufteilung bildet analog zu den QZV das korrespondierende Quartal aus 2008. Hierbei wird die gesamte Leistungsanforderung aus 2008 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. Darüber hinaus werden die Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM seit 2009 durch Anpassungsfaktoren nach Anlage 3 berücksichtigt.

Das Verteilungsvolumen für die Vergütung der freien Leistung 73 der Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen nach den GOP 09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378 EBM erhöht sich um den in Abschnitt II Teil B 4.3.1 Buchstabe f) zurückgestellten Betrag.

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. 4.4.2.2 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.

4.9.2 freie Leistungen

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

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

4.9.3 Vorwegleistungen

Die in Abschnitt II Teil B 4.3.1 unter a) bis h) 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) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach Abschnitt II Teil B 4.8.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu h) 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 i) 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 j) 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, Psychosomatik und Psychotherapie, in den Behandlungsfällen, bei welchen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung nach Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht werden, zugesetzt.

4.9.4 RLV/QZV überschreitende Leistungen

Das Verteilungsvolumen für die RLV/QZV überschreitenden Leistungen nach Abschnitt II Teil B 4.3.2 wird grundsätzlich um die noch zur Verfügung stehenden Gelder nach Abschnitt II Teil B 2.3 und 4.2 Buchstabe e), ggf. Abschnitt II Teil B 5.2 und ggf. Abschnitt II Teil B 6.3 sowie aus der Über-/Unterschreitung innerhalb der Vergütungsbereiche nach Abschnitt II Teil B 4.9.1 und 4.9.3 erhöht und steht der Leistungsanforderung, die nicht nach Abschnitt II Teil B 4.9.1 bedient werden konnte, da eine arztindividuelle RLV/QZV Überschreitung vorlag für die Vergütung zur Verfügung.

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

Bei einer Unterschreitung entscheidet der Vorstand über die Verwendung der Mittel.

4.10 Anträge

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

4.11 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

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

4.12 Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM einer fallwertbezogenen

Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

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

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

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

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

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

5. Grundbetrag Pauschale für fachärztliche Grundversorgung (PFG)

5.1 Vergütung

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

5.2 Über-/ Unterschreitungen

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

6. Grundbetrag Genetisches Labor

6.1 Rückstellung für den zu erwartenden FKZ-Saldo genetisches Labor

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

6.2 Vergütung

Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik GOP 01842, 32860 bis, 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) erfolgt aus dem Grundbetrag „Genetisches Labor“, welcher sich nach Abschnitt II Teil A 3. ergibt.

6.3 Über-/ Unterschreitungen

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

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

Teil C: Bereinigungen

1. Arztseitige Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

Grundlage für die Bereinigung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 13ff. SGB V ist der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung.

Der Bewertungsausschuss gibt zur Bereinigung für jede ASV-Indikation eine verbindliche durchschnittliche indikationsspezifische und KV-spezifische historische Leistungsmenge je Patient auf Grundlage von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses vor. Die Vorgaben für diese Berechnungen werden jeweils in einem eigenen Beschluss je Indikation gemacht und mitgeteilt.

Die vorgegebenen durchschnittlichen Werte je ASV-Indikation werden nach evtl. notwendigen Anpassungen durch die KV Hessen mit der je Quartal durch die KBV mitgeteilten Anzahl der ambulant spezialfachärztlich zu bereinigenden Patientenzahl je ASV-Indikation unter Berücksichtigung eines Höchstwertes multipliziert. Der sich so ergebende Gesamtbereinigungsbeitrag je ASV-Indikation wird von den jeweils an der ASV-Indikation beteiligten Arztgruppen aus deren arztgruppenspezifischem Verteilungsvolumen arztseitig bereinigt. Die Ermittlung und Bereinigung des Gesamtbereinigungsbeitrages erfolgt unabhängig von der Zusammensetzung der teilnehmenden ASV-Teams (reine Krankenhaus oder gemischte Teams) ausschließlich aus den arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.

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

2. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

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

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

Der MGV-Bereinigungsbeitrag 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-Bereinigungsverfahren), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsverfahren) und freie Leistungen erfolgt entsprechend.

2.1 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

Es wird jeweils für das aktuelle Quartal das unbereinigte RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe durch die RLV-relevante Behandlungsfallzahl (BHF) aller Ärzte dieser RLV-Gruppe aus dem entsprechenden Vorjahresquartal (VJQ) dividiert. Soweit die RLV-relevante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bereits durch eine im Vorjahresquartal aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigung beeinflusst ist, werden alle für das Vorjahresquartal gemeldeten Bereinigungsfälle hinzuaddiert (unbereinigter Fallzahl).

unbereinigter RLV – Fallwert (FW1) =

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

2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

Zur Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes wird das RLV- Bereinigungsvolumen für das aktuelle Quartal je Arztgruppe vom unbereinigten RLV-Vergütungsvolumen nach Teil C 2.1 der jeweiligen Arztgruppe abgezogen. Diese Differenz wird durch die Summe aller bereits bereinigten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen über alle Ärzte der Arztgruppe dividiert.

Zur Ermittlung der bereinigten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen werden die RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen des Vorjahresquartals, soweit die RLV-relevante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bereits durch eine im Vorjahresquartal aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigung beeinflusst ist, werden alle für das Vorjahresquartal gemeldeten Bereinigungsfälle hinzuaddiert (unbereinigte Fallzahl) um die Summe der Bereinigungsfallzahlen im aktuellen Quartal gemindert. Bereinigungsfallzahlen sind in diesem Fall die im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag ex-ante eingeschriebenen Versicherten, bei denen eine RLV-relevante Leistung des Bereinigungsziffernkranzes nach MGV-Bereinigungsvertrag im Vorjahresquartal bei einem am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt abgerechnet wurde.

bereinigter RLV – Fallwert (FW2) =

$$\frac{(\text{unbereinigtes RLV – Vergütungsvolumen akt. Quartal abzgl. RLV – Bereinigungsvolumen})}{(\text{RLV – relevante BHF VJQ abzgl. gemeldete Bereinigungsfälle mit RLV – Leistung im VJQ})}$$

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

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

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

2.4 Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

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

2.5 Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

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

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

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

2.7 Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis

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

2.8 Bereinigung von Vorwegabzügen im Abrechnungsquartal

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

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden nach § 75 SGB V verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Diese Terminservicestellen haben die Aufgabe, grundsätzlich bei Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche zu vermitteln, der in einem Zeitraum von vier Wochen stattfinden soll. Bei einer Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten vermittelt die Terminservicestelle auch ohne Vorliegen einer Überweisung einen Facharzttermin.

Kann die Terminservicestelle einen Facharzttermin bei einem zugelassenen oder ermächtigten Arzt, einer ermächtigten Einrichtung oder in einem MVZ nicht innerhalb von vier Wochen zur Verfügung stellen, vermittelt sie einen Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus, das nach § 76 Abs. 1a SGB V nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sein muss. Die Vergütung der insoweit im Krankenhaus erbrachten ambulanten Behandlung erfolgt nach § 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V aus der für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen entrichteten MGV.

Die so erbrachten Leistungen durch Krankenhäuser werden aus der MGV vergütet, weshalb eine Bereinigung dieser Leistungen aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Arztgruppe stattfindet, welche den entsprechenden Termin nicht sicherstellen konnte. Handelt es sich bei den zu bereinigenden Leistungen um Leistungen, welche aus den Grundbeträgen Labor oder genetisches Labor vergütet werden, findet die Bereinigung dieser Leistungen innerhalb dieser Grundbeträge statt und nicht aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen.

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

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 444. Sitzung, Vorgaben nach § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) nach § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V beschlossen. Die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen des TSVG erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen) sind unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals begrenzt auf ein Jahr nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 zu bereinigen.

4.1 TSVG-Konstellationen und Bereinigungszeiträume

Die Bereinigung erfolgt 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 Inkrafttreten der Konstellation im Bereich der KV Hessen für ein Jahr, jedoch spätestens mit Beginn ab 01.Januar 2020

4.2 Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind die sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung zu einem Quartal, welches mindestens einen Tag aus dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 enthält, vom Arzt abgerechnet, als eine TSVG-Konstellation entsprechend gekennzeichnet und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Sofern dieses Quartal im Jahr 2020 liegt und nicht vollständig in dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 enthalten ist, werden die als eine TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen einer Arztgruppe in einer Arztpraxis am jeweiligen Patienten in diesem Quartal genau dann bereinigt, wenn das die TSVG-Konstellation auslösende Ereignis in dem jeweiligen Bereinigungszeitraum nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 enthalten ist. Das Datum des auslösenden Ereignisses wird definiert als der erste Tag im Quartal, an dem der Patient jeweils aufgrund der Vermittlung durch die TSS oder durch einen Hausarzt, als Neupatient oder im Rahmen einer offenen Sprechstunde vorstellig wird. Dieses wird in den betroffenen Quartalen wie folgt bestimmt:

- bei den TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall und TSS-Akutfall das bei der Abrechnung des Zuschlags angegebene Behandlungsdatum,
- bei den TSVG-Konstellationen Neupatient und Hausarzt-Vermittlungsfall das erste Behandlungsdatum der in der jeweiligen TSVG-Konstellationen im Quartal abgerechneten extrabudgetären Leistungen,
- bei der TSVG-Konstellation offene Sprechstunde das angegebene Datum des ersten Besuchs einer offenen Sprechstunde.

Insgesamt werden damit also die aufgrund des TSVG extrabudgetär gewordenen Leistungen eines Arztgruppenfalls stets entweder ganz oder gar nicht bereinigt.

Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V der MGV zugehörig wären mit Ausnahme von Leistungen des Kapitels 32 EBM.

Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, wie beispielsweise die Zuschläge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 SGB V, sind nicht zu bereinigen. Ebenfalls nicht zu bereinigen sind diejenigen Leistungen, die für Patienten abgerechnet wurden, die bereits aufgrund von Selektivvertragsteilnahme bereinigt wurden, und die dem jeweiligen Ziffernkranz (nach der Satzart L08) – ggf. eingeschränkt auf bereinigungsrelevante Arztgruppen – zuzuordnen sind.

4.3 Bestimmung der arztgruppenspezifischen mGV Auszahlungsquoten (AQ) des Vorjahresquartals

Für die jeweilige TSVG-Arztgruppe nach Beschluss Teil B Nr. 2 des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19.06.2019, zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 444. Sitzung, wird eine arztgruppenspezifische Auszahlungsquote ermittelt. Hierbei wird anhand der Vorgaben in der 443. Sitzung des Bewertungsausschusses zu den Datenlieferungen gemäß §87a Abs. 6 SGB V zum Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten für die Bereinigung das mGV Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals durch die mGV Leistungsanforderung nach Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert.

4.4 Arztseitige Bereinigung der TSVG-Leistungen

4.4.1 Bereinigung der Grundbeträge BD/Notfall, PFG und gen.LAB

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche den Grundbeträgen nach Abschnitt II Teil B Nr. 1, 5 und 6 zugeordnet sind, werden mit der jeweiligen Vergütungsquote (VQ) dieser Grundbeträge im aktuellen Quartal multipliziert und aus dem jeweiligen Verteilungsvolumen in Summe über alle Ärzte entnommen. Die so ggf. je Arzt entstehenden Differenzen im Vergleich zur Multiplikation der arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, werden über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt.

4.4.2 Bereinigung der Grundbeträge HÄ und FÄ

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche den Grundbeträgen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3 und Nr. 4 zugeordnet sind, werden nach Vorwegleistungen und RLV/QZV und freie Leistungen unterschieden.

4.4.2.1 Bereinigung von Vorwegleistungen

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 werden für die betreffenden Vorwegleistungen mit der jeweils entsprechenden Vergütungsquote (VQ) dieser Vorwegleistungen des aktuellen Quartals multipliziert und aus dem jeweiligen Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 entnommen. Die so ggf. je Arzt entstehenden Differenzen im Vergleich zur Multiplikation der arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, werden über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt.

4.4.2.2 Bereinigung von RLV/QZV und freie Leistungen

Die arztbezogenen bereinigungsrelevanten Finanzvolumen nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, welche dem RLV/QZV und freien Leistungsbereichen zugeordnet sind, werden nach Multiplikation mit der mGV Auszahlungsquote (AQ) je TSVG-Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.3, über das arztindividuelle RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 für die hausärztliche Versorgungsebene und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 für die fachärztlichen Versorgungsebene bereinigt.

Sollte das arztindividuelle Bereinigungsvolumen für RLV/QZV/freie Leistung größer als das zur Verfügung stehende RLV/QZV Verteilungsvolumen in Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.1 und in Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.1 sein, wird der restliche Teil aus einem anderen Honorarbereich des Arztes finanziert.

4.4.3 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. Hierbei werden ausschließlich nur die im ersten Jahr ermittelten Bereinigungssummen im Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.2.2 verteilt. Die übrigen (nicht nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.2.2) ermittelten bereinigungsrelevanten Finanzmittel aus dem ersten Jahr sind bereits im jeweiligen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.1 oder in der jeweiligen Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.4.2.1 berücksichtigt und werden dort festgehalten.

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Hausärztliche Versorgungsebene

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
1	1-0	vollzugelassene Hausärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte)	01 (02)	Ja
1	33-10	vollzugelassene Hausärzte (hausärztlich tätige Internisten)	(01),03	Ja
2	37-9	vollzugelassene fachärztlich tätige Kinderärzte (* mit Zulassung zur fachärztlichen Tätigkeit, ggf. mit SP oder TG)	40, 42-44	Ja
2	37-10	vollzugelassene hausärztlich tätige Kinderärzte (* mit Zulassung zur hausärztlichen Tätigkeit)	34,36-38	Ja
64	38-0	ermächtigte Kinderärzte	34,36-38, 40, 42-44	Nein
64	85-0	ermächtigte Hausärzte (Pro Familia etc.)	01, (02)	Nein
64	94-0	ermächtigte Hausärzte	01(02)03	Nein

Fachärztliche Versorgungsebene

Arztgruppe	Arzt VFG-VTG	Bezeichnung	FG Code	Unterliegt dem RLV
3	9-0	vollzugelassene Anästhesisten	04	Ja
4	11-0	ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung	01 (02) 03, 04, 10 (12)	Ja
5	13-0	vollzugelassene Augenärzte	05	Ja
6	17-0	vollzugelassene Chirurgen, Kinderchirurgen, Plastische Chirurgen, Herzchirurgen, Gefäßchirurgen, Thoraxchirurgen	06-09, 11, 13	Ja
6	63-0	vollzugelassene Neurochirurgen	52	Ja
7	21-0	vollzugelassene Gynäkologen	15, 17, 18	Ja
7	21-11	vollzugelassene Gynäkologen mit WB Endokrinologie/Reproduktionsmedizin	16	Ja
8	25-0	vollzugelassene HNO-Ärzte	19	Ja
9	25-11	vollzugelassene Ärzte für Phoniatrie / Pädaudiologie	20	Ja
10	29-0	vollzugelassene Hautärzte	21	Ja
11	33-1	vollzugel. Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Ja
12	33-2	vollzugel. Internisten mit SP Kardiologie (ohne invasive Tätigkeit)	28	Ja
13	33-3	vollzugel. Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde	30	Ja
13	45-0	vollzugelassene Lungenärzte	30	Ja
14	33-4	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie	24 (28)	Ja
15	33-5	vollzugel. Internisten mit SP Endokrinologie	25	Ja
16	33-6	vollzugel. Internisten mit SP Nephrologie	29	Ja
19	33-7	vollzugel. Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Ja
20	33-8	vollzugel. Internisten mit SP Rheumatologie	31	Ja
21	33-12	vollzugel. Internisten mit SP Kardiologie invasiver Tätigkeit	28	Ja
22	49-0	vollzugelassene Nuklearmediziner	54	Ja
23	53-0	vollzugelassene Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	50	Ja
24	57-0	vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit "alter (2 BAR-Codes und neuer(1 BAR-Code)" Doppelzulassung	51, 53, 58	Ja
24	57-68	vollzugelassene Neurologen	53	Ja
24	59-1	vollzugelassene Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von höchstens 30%	58	Ja
24	59-2	vollzugelassene Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von mehr als 30%	58	Ja
28	59-30	vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater (einschl. Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)	47	Ja
29	61-0	vollzugelassene Orthopäden	10,12	Ja
30	61-10	vollzugelassene Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin	57	Ja
31	65-0	vollzugelassene Radiologen	62 bis 64	Ja
35	69-0	vollzugelassene Urologen	67	Ja

36	80-11	vollzugelassene Ärzte für Humangenetik	22	Ja
14	33-14	vollzugel. Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Ja
38	33-9	vollzugel. fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Ja
51	84-1	vollzugelassene psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
51	84-21	ermächtigte psychologische Psychotherapeuten	68	Nein
52	84-81	vollzugelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein
52	84-95	ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	69	Nein
53	55-0	vollzugelassene Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	60	Nein
53	56-0	ermächtigte Ärzte für psychotherapeutische Medizin	60	Nein
54	55-1	vollzugelassene psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
54	56-1	ermächtigte psychotherapeutisch tätige Ärzte	61	Nein
60	41-0	vollzugelassene Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
60	43-0	Laborgemeinschaften	0	Nein
60	65-10	vollzugelassene Strahlentherapeuten	65	Nein
60	73-0	vollzugelassene Pathologen	55, 56	Nein
61	81-35	Krankenhäuser TSS	0	Nein
61	81-80	Krankenhäuser/Institute (100%) / ärztlich geleitete Einrichtungen	0	Nein
61	90-0	Kuratorium Dialyse	0	Nein
62	42-0	ermächtigte Laborärzte,Transfusionsmediziner, Mikrobiologen	48,49,66	Nein
62	66-10	ermächtigte Strahlentherapeuten	65	Nein
62	74-0	ermächtigte Pathologen	55, 56	Nein
62	85-10	ermächtigte Ärzte für Methadonsubstitution	0	Nein
63	10-0	ermächtigte Anästhesisten	04	Nein
63	14-0	ermächtigte Augenärzte	05	Nein
63	18-0	ermächtigte Chirurgen, Kinderchirurgen, Plastische Chirurgen, Herzchirurgen, Gefäßchirurgen, Thoraxchirurgen	06-09, 11, 13	Nein
63	22-0	ermächtigte Gynäkologen	15, 16, 17, 18	Nein
63	26-0	ermächtigte HNO-Ärzte	19	Nein
63	26-11	ermächtigte Ärzte für Sprach- Stimm- und kindliche Hörstörungen	20	Nein
63	30-0	ermächtigte Hautärzte	21	Nein
63	34-1	ermächtigte Internisten mit SP Gastroenterologie	26	Nein
63	34-12	ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie invasiver Tätigkeit	28	Nein
63	34-14	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24, 28	Nein
63	34-2	ermächtigte Internisten mit SP Kardiologie (ohne invasive Tätigkeit)	28	Nein
63	34-3	ermächtigte Internisten mit SP Lungen- u.Bronchialheilkunde	30	Nein
63	34-4	ermächtigte Internisten mit SP Angiologie	24 (28)	Nein
63	34-5	ermächtigte Internisten mit SP Endokrinologie	25	Nein
63	34-6	ermächtigte Internisten mit SP Nephrologie	29	Nein
63	34-7	ermächtigte Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	27	Nein
63	34-8	ermächtigte Internisten mit SP Rheumatologie	31	Nein
63	34-9	ermächtigte fachärztlich tätige Internisten ohne SP	23	Nein
63	46-0	ermächtigte Lungenärzte	30	Nein
63	50-0	ermächtigte Nuklearmediziner	54	Nein
63	54-0	ermächtigte Mund-,Kiefer-,Gesichtschirurgen	50	Nein
63	58-0	ermächtigte Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit "alter (2 BAR-Codes und neuer(1 BAR-Code)" Doppelzulassung	51, 53, 58	Nein
63	58-68	ermächtigte Neurologen	53	Nein
63	60-1	ermächtigte Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von höchstens 30%	58	Nein
63	60-2	ermächtigte Psychiater (einschl. Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) mit Leistungsanteil an Richtlinien-PT von mehr als 30%	58	Nein
63	60-30	ermächtigte Kinder- und Jugendpsychiater	47	Nein
63	62-0	ermächtigte Orthopäden	10, 12	Nein
63	62-10	ermächtigte Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin	57	Nein
63	64-0	ermächtigte Neurochirurgen	52	Nein
63	66-0	ermächtigte Radiologen	62 bis 64	Nein
63	70-0	ermächtigte Urologen	67	Nein
63	80-12	ermächtigte Ärzte für Humangenetik	22	Nein

Anlage 2 QZV Zuordnung

Arztgruppe 1 vollzugelassene Hausärzte

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
2 Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
3 Behandlung des diabetischen Fußes	02311, 30214
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
5 Chirotherapie	30200, 30201
8 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
10 Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
13 Phlebologie	30500, 30501
14 Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15 Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
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, 33081
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062
74 Geriatrie	03360, 03362
76 Palliativmedizinische Versorgung	03370, 03371, 03372, 03373, 03374
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
7 Ergometrie	03321
11 Langzeit-Blutdruckmessung	03324
12 Langzeit-EKG	03241, 03322
16 Psychosomatische Grundversorgung	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
24 Spirometrie	03330

Arztgruppe 2 vollzugelassene Kinderärzte

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
75 Sozialpädiatrie	04355, 04355V
2 Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
7 Ergometrie	04321
8 Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
12 Langzeit-EKG	04241, 04322
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, 33081
23 Sonographie II	33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040
24 Spirometrie	04330
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W

Arztgruppe 3 vollzugelassene Anästhesisten

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120

17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
19	Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Freie Leistungen		GOP'n
33	Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung	05330, 05331, 05340, 05341, 05350

Arztgruppe 5 vollzugelassene Augenärzte Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

		GOP'n
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21	Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33011
36	Elektroophthalmologie	06312
37	Fluoreszenzangiographie	06331
38	Kontaktlinsenanpassung	06340, 06341, 06342, 06343
Freie Leistungen		GOP'n
72	Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt	06225, 06225V

Arztgruppe 6 vollzugelassene Chirurgen Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

		GOP'n
13	Phlebologie	30500, 30501
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 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
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
45	Kurative Mammographie	34270, 34271, 34272, 34273
47	Reproduktionsmedizin	08230
48	Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19318, 19319
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
65	Sonstige Hilfen	01820, 01821, 01822, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829, 01830, 01831, 01832, 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	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
5	Chirotherapie	30200, 30201

8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
9	Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
20	Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33081
27	Gastroenterologie I	09317
40	Bronchoskopie	09315, 09316
41	Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
50	Otoakustische Emissionen	09324, 09327
51	Phoniatrie, Pädaudiologie	09330, 09331, 09333, 09335, 09336
Freie Leistungen		GOP'n
17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
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

2	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
21	Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33081
50	Otoakustische Emissionen	20324, 20327
51	Phoniatrie, Pädaudiologie	20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336

Freie Leistungen

17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
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

2	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
4	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
8	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130, 30131
13	Phlebologie	30500, 30501
14	Physikalische Therapie	30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431
15	Proktologie	30600, 30601
16	Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
31	Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
42	Ulcus cruris, CVI	02312, 02313
48	Zytologie / Histologie	19310, 19312, 19315, 19318, 19319, 19320
53	Dermatologische Lasertherapie	10320, 10322, 10324

Freie Leistungen

17	Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
----	-----------------------------	--

Arztgruppe 11 vollzugelassene Internisten mit SP Gastroenterologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
4 Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
15 Proktologie	13257, 30600, 30601
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, 01511, 01512
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 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 12 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
9 Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 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, 13662I, 13663, 13663I, 13664, 13664I, 13670, 13670I
41 Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503
52 Polysomnographie	30901

Arztgruppe 14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie

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

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, 13400I, 13401, 13401I, 13402, 13402I, 13410, 13410I, 13411, 13411I, 13412, 13412I
54 Kontrolle Herzschrittmacher	13571, 13573, 13574, 13575, 13576 inkl. Suffixe I, J und K

Arztgruppe 19 vollzugelassene Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
Freie Leistungen	GOP'n
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
66 Transfusionen	02110, 02111

Arztgruppe 20 vollzugelassene Internisten mit SP Rheumatologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 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
68 Gelenkpunktionen	02341
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512

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, 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, 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 Kardiopulmonale Polygraphie	30900
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	01510, 01511, 01512
58 Betreuung neurologisch Kranker	16230, 16231
59 Betreuung psychiatrisch Kranker	21230, 21231
Freie Leistungen	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150* inkl. Suffixe B, L, S, U, W

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

Arztgruppe 28 vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater

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

Arztgruppe 29 vollzugelassene Orthopäden

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	GOP'n
5 Chirotherapie	30200, 30201
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708
20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

41 Teilradiologie

34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Freie Leistungen

GOP'n

1 Akupunktur

30790, 30791

Arztgruppe 30 vollzugelassene Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

GOP'n

5 Chirotherapie

30200, 30201

14 Physikalische Therapie

30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431

16 Psychosomatische Grundversorgung,

35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120

19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung

30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708

20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung

30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760

21 Sonographie I

33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33081

41 Teilradiologie

34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

Freie Leistungen

GOP'n

1 Akupunktur

30790, 30791

17 Richtlinienpsychotherapie I

35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W

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, 33081

31 Sonographie III

33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076

41 Teilradiologie

34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503

45 Kurative Mammographie

34270, 34271, 34272, 34273

55 Interventionelle Radiologie

01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287

57 Osteodensitometrie

34600

60 MRT

34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460

61 MRT-Angiographie

34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492

62 CT

34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505

64 Nuklearmedizin

17310, 17311, 17312, 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
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33081
31 Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
44 Inkontinenzbehandlung	26310, 26311, 26313, 26340
63 Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	26330

Freie Leistungen

	GOP'n
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W
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
16 Psychosomatische Grundversorgung,	35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120
21 Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 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, 01511, 01512
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 inkl. Suffixe I, J und K

Freie Leistungen

	GOP'n
1 Akupunktur	30790, 30791
17 Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W

Anlage 3 Anpassungsfaktoren Leistungsanforderung 2008

Anpassungsfaktoren der Arztgruppe

Arztgruppe	Anpassungsfaktor
1 vollzugelassene Hausärzte	1,0000
2 vollzugelassene Kinderärzte	1,0298
3 vollzugelassene Anästhesisten	1,0000
4 vollzugelassene Schmerztherapeuten	1,0000
5 vollzugelassene Augenärzte	1,0000
6 vollzugelassene Chirurgen	0,9974
7 vollzugelassene Gynäkologen	0,9761
8 vollzugelassene HNO-Ärzte	0,9983
9 vollzugelassene Ärzte für Phoniatrie / Pädaudiologie	1,0000
10 vollzugelassene Hautärzte	0,9801
11 vollzugelassene Internisten mit SP Gastroenterologie	0,9978
12 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)	1,0000
13 vollzugelassene Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde	0,9989
14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie	1,0000
15 vollzugelassene Internisten mit SP Endokrinologie	1,0000
16 vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie	1,0000
19 vollzugelassene Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	1,0000
20 vollzugelassene Internisten mit SP Rheumatologie	1,0000
21 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie invasiv	1,0000
22 vollzugelassene Nuklearmediziner	1,0000
23 vollzugelassene Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	0,9327
24 vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	1,4406
24 vollzugelassene Neurologen	1,0470
24 vollzugelassene Psychiater mit < 30% PT	1,2425
24 vollzugelassene Psychiater mit > 30% PT	1,2425
28 vollzugelassene Kinder- und Jugendpsychiater	1,2425
29 vollzugelassene Orthopäden	1,0000
30 vollzugelassene Ärzte für physikal. und rehabilitative Medizin	1,0000
31 vollzugelassene Radiologen	1,0000
35 vollzugelassene Urologen	0,9359
36 vollzugelassene Ärzte für Humangenetik	1,0000
38 vollzugelassene fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt	1,0000

Anpassungsfaktoren des Leistungsbereich

QZV / frL	Anpassungsfaktor
1 Akupunktur	1,1733
19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	1,3223
52 Polysomnographie	1,2063
61 MRT-Angiographie	1,1706

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen 2019

GOP	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2014)	Wert Zuschlag	Steigerung	Bemerkungen
01410	Besuch	21,71 €	2,43 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01411	Dringender Besuch I	48,03 €	5,38 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01413	Besuch eines weiteren Kranken	10,86 €	1,22 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim	55,92 €	6,26 €	11,20%	nur für Versicherte > 60 Jahre
01510	Praxisklinische Betreuung 2h	51,41 €	5,76 €	11,20%	
01511	Praxisklinische Betreuung 4h	97,81 €	10,96 €	11,20%	
01512	Praxisklinische Betreuung 6h	143,79 €	16,11 €	11,20%	
02110	Erste Transfusion	21,71 €	2,43 €	11,20%	
02111	Jede weitere Transfusion	8,71 €	0,98 €	11,20%	
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	14,34 €	1,61 €	11,20%	
02312	Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c	5,63 €	0,63 €	11,20%	
02313	Kompressionstherapie chron.venöse Insuff	5,84 €	0,65 €	11,20%	
02322	Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath.	5,22 €	0,58 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath.	7,07 €	0,79 €	11,20%	nur in Verbindung mit Besuch
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme	12,49 €	2,20 €	17,61%	
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom	16,28 €	2,50 €	15,36%	
04221	intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000	15,36 €	1,72 €	11,20%	
06333	Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes	5,22 €	0,58 €	11,20%	
13253	Computergest. Auswertung Langzeit-EKG	9,42 €	1,06 €	11,20%	
13254	Langzeit-Blutdruckmessung	7,99 €	0,89 €	11,20%	
13255	Spirographische Untersuchung	6,14 €	0,69 €	11,20%	
13300	Angiologisch-diagnostischer Komplex	62,88 €	7,04 €	11,20%	
13400	Ösophago-Gastroduodener Komplex	85,52 €	9,58 €	11,20%	
13571,13571J	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	19,90 €	2,23 €	11,20%	
13571I,13571K	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	17,91 €	2,01 €	11,20%	
13573,13573J	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	36,86 €	4,13 €	11,20%	
13573I,13573K	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	33,17 €	3,72 €	11,20%	
13575,13575J	Funktionsanalyse CRT	45,38 €	5,08 €	11,20%	
13575I,13575K	Funktionsanalyse CRT	40,85 €	4,58 €	11,20%	
13611	Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse	7,58 €	0,85 €	11,20%	
14220	Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung	13,93 €	1,56 €	11,20%	
14240	Psychiatrische Betreuung	20,28 €	2,27 €	11,20%	
14313	Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg	38,41 €	4,30 €	11,20%	
14314	Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen	21,40 €	2,40 €	11,20%	
16220	Neurologisches Gespräch (Einzelbehandl.)	9,22 €	1,03 €	11,20%	
16222	Zuschlag zu GOP 16220 (schwere Störung.)	11,57 €	1,30 €	11,20%	
20314	Videostroboskopie	15,57 €	1,74 €	11,20%	
20338	Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind	132,73 €	14,87 €	11,20%	

20370	Störung d. zentral-auditiven Wahrnehmung	13,62 €	1,53 €	11,20%
30111	Allergologiediagnostik II	46,91 €	5,25 €	11,20%
30120	Rhinomanometrischer Provokationstest	6,66 €	0,75 €	11,20%
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	9,63 €	1,08 €	11,20%
30131	Zuschlag zu der GOP 30130	7,27 €	0,81 €	11,20%
33023	Zuschlag TEE	38,61 €	4,32 €	11,20%
33030	Echokardiographie mit physikalischer Stu	75,68 €	8,48 €	11,20%
33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte	85,52 €	9,58 €	11,20%
33070	Duplex-Sonographie der extrakraniellen G	41,99 €	4,70 €	11,20%
33072	Duplex-Sonographie der extremitätenvers-	26,63 €	2,98 €	11,20%
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retrope	26,63 €	2,98 €	11,20%
34256	Urethrozystographie oder Refluxzystogram	59,20 €	6,63 €	11,20%
34257	Retrograde Pyelographie	90,53 €	10,14 €	11,20%
34503	Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule	70,46 €	7,89 €	11,20%
09330	Gründliche Untersuchung der Stimme	20,79 €	2,33 €	11,20%
09331	Untersuchung des Sprechens/der Sprache	29,90 €	3,35 €	11,20%
09332	Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	33,18 €	3,72 €	11,20%
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	25,50 €	2,55 €	10,00%
14211	Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr	26,12 €	2,61 €	10,00%
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		50,54 €	Wert der GOP 30920

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Versichertenpauschalen (VP) für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (GOP 03005, 04005 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 werden die GOP 03005 EBM und 04005 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 bzw. der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.	<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)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Bewertungserhöhung der GOP 34600 EBM (Osteodensitometrie)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 wird die GOP 34600 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
3)	2/2019 - 1/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschale (GP) für die Behandlungsmethode zur Hornhautvernetzung bei Augenärzten (GOP 06211 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 435. Sitzung am 29.03.2019 wird die GOP 06211 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
4)	4/2019 – 3/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370 – 04374 EBM)	Der in den Quartalen 4/2019 – 3/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370- 03374 EBM) wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. Der kassenseitige Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370- 04374 EBM) wird dem Vergütungsbereich 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)	1/2020 – 4/2020	<u>Ausdeckelung:</u> Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236)	Der in den Quartalen 1/2020 – 4/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Ausdeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236) wird im Grundbetrag „Genetisches Labor“ in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3
6)	1/2020 – 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700 und 01701 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen 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 Anlage 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

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
7)	1/2020 – 4/2020	<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 ermittelte kassenseitige Einsparung 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
8)	2/2020 – 1/2021	<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

Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

Die hausärztliche Strukturpauschale können vollzugelassene Haus- und Kinderärzte nach Anlage 1 HVM erhalten.

Um an der hausärztlichen Strukturpauschale zu partizipieren muss jeder Hausarzt mindestens 5 der Leistungsbereiche 1) bis 10) und jeder Kinderarzt mindestens 4 der Leistungsbereiche 1) bis 12) der folgenden Leistungsbereiche im Quartal erbringen:

- 1) Ergometrie
- 2) Haus- und Heimbefuche
- 3) Lungenfunktionsdiagnostik
- 4) Sonographie
- 5) Teilnahme §119b SGB V (Leistungen des EBM-Kapitels 37.2)
- 6) Wundversorgung
- 7) Psychosomatik
- 8) Schlafdiagnostik
- 9) Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung
- 10) Problemorientiertes Gespräch
- 11) U3-Untersuchung (nur Kinderärzte)
- 12) Sozialpädiatrische Versorgung (nur Kinderärzte)

Die den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordneten GOP sind in der Tabelle 1 ersichtlich.

Jeder Arzt, der die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, erhält für jeden Behandlungsfall, in dem mindestens eine Leistung aus einem der 10 bzw. 12 Leistungsbereiche erbracht wurde, die hausärztliche Strukturpauschale zugesetzt.

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

Tabelle 1:

Leistungsbereiche	GOP	GOP-Bezeichnung
Ergometrie	03321	Belastungs-EKG
Ergometrie	04321	Belastungs-EKG
Haus- und Heimbefuche	01410	Befuch
Haus- und Heimbefuche	01411	Dringender Befuch I
Haus- und Heimbefuche	01412	Dringender Befuch II
Haus- und Heimbefuche	01412A	Dringender Befuch II
Haus- und Heimbefuche	01413	Befuch eines weiteren Kranken
Haus- und Heimbefuche	01415	Dringender Befuch Patient im Pflegeheim
Lungenfunktionsdiagnostik	03330	Spirographische Untersuchung
Lungenfunktionsdiagnostik	04330	Spirographische Untersuchung
Sonographie	33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie
Sonographie	33011	Sonographie der Gefichtsweichteile
Sonographie	33012	Schilddrüfen - Sonographie
Sonographie	33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)
Sonographie	33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)
Sonographie	33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)
Sonographie	33023	Zufchlag TEE
Sonographie	33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung
Sonographie	33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte Stufenbelastung
Sonographie	33040	Sonographie der Thoraxorgane
Sonographie	33042	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33042A	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33043	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043A	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043V	Uro-Genital-Sonographie (MuVo)
Sonographie	33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane
Sonographie	33044V	Sonographie d weibl. Genitalorgane (MuVo)
Sonographie	33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehn
Sonographie	33050K	Gelenk-Sonographie, Sonographie (Kinder)
Sonographie	33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller GefäÙe
Sonographie	33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgende GefäÙe
Sonographie	33062	CW-Doppler-Sonographie der GefäÙe des männl. Genitalsystem
Sonographie	33080	Sonographie von Haut und Subkutis
Sonographie	33081	Sonographie weiterer Organe oder Organte
Sonographie	33090	Zufchlag Transkavitäre Untersuchung
Sonographie	33090V	Zufchlag Transkavitäre Unters (MuVo)
Sonographie	33091	Zufchlag für optische Führungshilfe
Sonographie	33092	Zufchlag für optische Führungshilfe
Teilnahme §119b, SGB V	37100	Zufchlag Versichertenpaufchale Betreuung
Teilnahme §119b, SGB V	37102	Zufchlag zu den GOPen 01410 oder 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37105	Zufchlag Versichertenpaufchale für koordinierenden Arzt
Teilnahme §119b, SGB V	37113	Zufchlag zur GOP 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37120	Falkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
Wundversorgung	02300	Kleiner operativer Eingriff I/ primäre Wundversorgung

Leistungsbereiche	GOP	GOP-Bezeichnung
Wundversorgung	02301	Kleiner operativer Eingriff II/ primäre Wundversorgung
Wundversorgung	02302	Kleiner operativer Eingriff III/ primäre Wundversorgung
Wundversorgung	02310	Behandlungskomplex sekundär heil. Wunde
Wundversorgung	02311	Behandlung Diabetischer Fuß
Wundversorgung	02312	Behandlungskomplex chron. venöse Ulcera cruris
Wundversorgung	02313	Kompressionstherapie chron. venöse Insuffizienz
Wundversorgung	02350	Fixierender Verband
Wundversorgung	02350A	Fixierender Verband
Psychosomatik	35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
Psychosomatik	35110	Verbale Intervention bei psychosomatisch
Psychosomatik	35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung
Psychosomatik	35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen
Psychosomatik	35120	Hypnose
Schlafdiagnostik	04435	Hirnstrommessung bei Kindern im Schlaf
Schlafdiagnostik	04435I	Hirnstrommessung bei Kindern im Schlaf
Schlafdiagnostik	30900	Kardiorespiratorische Polygraphie
Schlafdiagnostik	30901	Kardiorespiratorische Polysomnographie
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03372	Zuschlag zur GOP 01410 oder 01413
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03373	Zuschlag zur GOP 01411, 01412 oder 01415
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	03374	Höchstwert für die GOP 03372
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition
Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung	04374	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition
Problemorientiertes Gespräch	03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch
Problemorientiertes Gespräch	04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch
Problemorientiertes Gespräch	04230D	Problemorientiertes ärztliches Gespräch
U3 (nur Kinderärzte)	01713	U3
Sozialpädiatrische Versorgung (nur Kinderärzte)	04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung
Sozialpädiatrische Versorgung (nur Kinderärzte)	04356	Zuschlag für weiterführende orient. Versorgung

Anlage 7 Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen

Die KV Hessen gewährt ab dem Quartal 1/2020 für die Quartale, in denen dauerhaft oder zeitweise durch die WHO eine pandemische Lage für Deutschland ausgerufen wurde, längstens aber bis 31.12.2020, von Amts wegen eine Ausgleichszahlung, wenn sich das Gesamthonorar einer Arztpraxis um mehr als 10% gegenüber dem korrespondierenden Vorjahresquartal verringert und dieser Honorarrückgang aus einem durch die Pandemie bedingten Rückgang der Fallzahl resultiert. Sofern in dieser Anlage von Gesamthonorar gesprochen wird, ist das Gesamthonorar mGV und eGV der Ersatz- und Primärkassen gemeint.

Die Prüfung und Berechnung der Ausgleichszahlung erfolgt nach Durchführung der Honorarabrechnung. Die Ausgleichszahlung wird je Quartal ermittelt und erfolgt maximal in Höhe von 90% des jeweils entsprechenden Gesamthonorars im Vorjahresquartal. Einzelheiten der Umsetzung regelt der Vorstand der KV Hessen.

Liegt kein Gesamthonorar aus dem Vorjahresquartal einer Arztpraxis vor (z.B. bei Neupraxen und Wechsel der Betriebsstättennummer), wird das durchschnittliche Gesamthonorar der Fachgruppe im Vorjahresquartal oder auf Antrag das Gesamthonorar des Vorgängers im Vorjahresquartal berücksichtigt.

Bei einer Änderung des Zulassungsumfanges eines Arztes in einer Praxis wird die Vergleichbarkeit des Gesamthonorars hergestellt, indem das Gesamthonorar des Arztes nach Zulassungsumfang im Vorjahresquartal mit dem aktuellen Zulassungsumfang des Arztes multipliziert wird.

Weitere Einzelheiten der Umsetzung regelt der Vorstand der KV Hessen.