

**Änderung des**  
**Honorarverteilungsmaßstabes**  
**(HVM)**

**gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

**gültig ab: 1. Januar 2019**

Beschluss der Vertreterversammlung vom 30.03.2019

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

**I) Abschnitt II Teil B Nr. 3 Satz 1 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

„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.“

**II) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3 Satz 1 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

„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.“

**III) Nach Anlage 4 zum HVM wird mit Wirkung ab 1. Januar 2019 neu die folgende Anlage 5 zum HVM eingefügt:**

**Anlage 5 MGV-Veränderungen**

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	1/2019 – 4/2019	<u>Eindeckelung:</u>  PT-Gesprächsleistungen (GOP 22220, 23220 EBM)	Der in den Quartalen 1/2019 – 4/2019 auf dem Beschluss EBA in der 50. Sitzung vom 29.03.2017 ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag für die PT-Gesprächsleistungen wird nach prozentualen Anteilen des Vorjahresquartals der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c)</li> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)</li> </ul>
2)	1/2019 – 4/2019	<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 ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal 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"> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a)</li> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c)</li> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)</li> </ul>

3)	1/2019 – 4/2019	<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 ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal 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"> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a)</li> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b)</li> <li>▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6“</li> </ul>
----	-----------------------	---	---	--

**IV) Abschnitt II Teil B Nr. 3.1 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

**„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.“

**V) Abschnitt II Teil B Nr. 4.1 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

**„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.“

**VI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.2 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

**„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) zur Verfügung gestellt.“

**VII) Anlage 2 zum HVM „QZV Zuordnung“ wird mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt geändert:**

Für das QZV 21 „Sonographie I“ wird bei allen relevanten Arztgruppen die GOP 33043A ergänzt.

Die Quartalsbezüge der QZV im Jahr 2018 werden in der Lesefassung gestrichen.

**VIII) Abschnitt I lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

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

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

In den Quartalen 1 bis 4 des Jahres 2019 erfolgt die Honorierung des Zuschlages für die Behandlung HIV-Infizierter anhand der getroffenen Sonderregelung unter Berücksichtigung einer festen Quote extrabudgetär. Diese Quote entspricht der Vergütungsquote, welche im jeweiligen Vorjahresquartal für die Vergütung der damals gültigen förderungswürdigen Leistungen zur Anwendung gekommen ist.

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

**IX) Anlage 4 zum HVM „Katalog förderungswürdige Leistungen 2018“ wird mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie geändert:**

1.) Die Überschrift lautet (wird im Inhaltsverzeichnis entsprechend angepasst):

**„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen 2019“**

2.) Der Katalog enthält nur noch folgende Zeile:

GOP	Kurzbezeichnung	Wert EBM (2014)	Wert Zuschlag	Steigerung	Bemerkungen
99099	Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter		47,11 €		Wert der GOP 30920

**X) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.4 lautet mit Wirkung ab 1. Januar 2019 wie folgt:**

**„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.“

**XI) Abschnitt II Teil A Nr. 3 Buchstaben a) und b) lauten mit Wirkung ab 1. April 2019 wie folgt:**

a) Anpassung im Grundbetrag Labor in den Quartalen 2/2018 - 1/2019:

Der Ausgangswert des Grundbetrages Labor wird bis auf veranlasste 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) und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) vermindert um:

- Finanzmittel für eigenerbrachte Laborleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden entsprechend der Zuordnung des abrechnenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
- Finanzmittel für von Laborgemeinschaften abgerechnete Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A) werden im Verhältnis des bestimmaren Anteils des jeweiligen Versorgungsbereichs an der Zuordnung des beziehenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
- Finanzmittel für die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden in den fachärztlichen Grundbetrag überführt.

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs (vor Anwendung Quote Q und P) nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ wird als durchschnittliche jahresweise bestimmte rechnerische Quote ermittelt und ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“<sup>1</sup> durch den angeforderten Leistungsbedarf (vor Anwendung Quote Q und P) nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen der letzten vier verfügbaren Quartale. Die Festlegung der vier Quartale zur Bestimmung dieser rechnerischen durchschnittlichen Quote erfolgt durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

b) 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.

**XII) Abschnitt II Teil B Nr. 6.2 lautet mit Wirkung ab 1. April 2019 wie folgt:**

**„6.2 Vergütung**

Die Vergütung der technischen Leistungen der Humangenetik GOP (01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236, 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.“

In der Anlage 2 zum HVM „QZV Zuordnung“ werden die GOP 01835 bis 01839 gestrichen.

**XIII) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 wird mit Wirkung ab 1. April 2019 nach Buchstaben e) um einen Buchstaben f) wie folgt ergänzt:**

„f) Ab 2/2019: 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.“

**XIV) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.3 lautet mit Wirkung ab 1. April 2019 wie folgt:**

**„3.9.3 Vorwegleistungen**

Die in Abschnitt II Teil B 3.3.1 unter a) bis e) 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.

Ab 2/2019: Zu f) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

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

**XV) Nach Anlage 5 zum HVM wird mit Wirkung ab 1. April 2019 neu die folgende Anlage 6 zum HVM „Hausärztliche Strukturpauschale“ (einschließlich Tabelle 1) eingefügt:**

**„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 Heimbesuche
- 3) Lungenfunktionsdiagnostik
- 4) Sonographie
- 5) Teilnahme §119b SGB V (Leistungen des EBM-Kapitels 37.2)
- 6) Wundversorgung

- 7) Psychosomatik
- 8) Schlafdiagnostik
- 9) Palliativmedizinische / geriatrische Versorgung
- 10) Problemorientiertes Gespräch
- 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 Heimbesuche	01410	Besuch
Haus- und Heimbesuche	01411	Dringender Besuch I
Haus- und Heimbesuche	01412	Dringender Besuch II
Haus- und Heimbesuche	01412A	Dringender Besuch II
Haus- und Heimbesuche	01413	Besuch eines weiteren Kranken
Haus- und Heimbesuche	01415	Dringender Besuch Patient im Pflegeheim
Lungenfunktionsdiagnostik	03330	Spirographische Untersuchung
Lungenfunktionsdiagnostik	04330	Spirographische Untersuchung
Sonographie	33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie
Sonographie	33011	Sonographie der Gesichtsweichteile
Sonographie	33012	Schilddrüsen - Sonographie
Sonographie	33020	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)
Sonographie	33021	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)
Sonographie	33022	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)
Sonographie	33023	Zuschlag TEE
Sonographie	33030	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung
Sonographie	33031	Echokardiographie mit pharmakainduzierte Stufenbelastung
Sonographie	33040	Sonographie der Thoraxorgane
Sonographie	33042	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33042A	Abdominelle Sonographie
Sonographie	33043	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043A	Uro-Genital-Sonographie
Sonographie	33043V	Uro-Genital-Sonographie (MuVo)
Sonographie	33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane
Sonographie	33044V	Sonographie d weibl. Genitalorgane (MuVo)
Sonographie	33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehn
Sonographie	33050K	Gelenk-Sonographie, Sonographie (Kinder)
Sonographie	33060	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße
Sonographie	33061	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgende Gefäße
Sonographie	33062	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männl. Genitalsystem
Sonographie	33080	Sonographie von Haut und Subkutis
Sonographie	33081	Sonographie weiterer Organe oder Organte
Sonographie	33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung
Sonographie	33090V	Zuschlag Transkavitäre Unters (MuVo)



Leistungsbereiche	GOP	GOP-Bezeichnung
Sonographie	33091	Zuschlag für optische Führungshilfe
Sonographie	33092	Zuschlag für optische Führungshilfe
Teilnahme §119b, SGB V	37100	Zuschlag Versichertenpauschale Betreuung
Teilnahme §119b, SGB V	37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37105	Zuschlag Versichertenpauschale für koordinierenden Arzt
Teilnahme §119b, SGB V	37113	Zuschlag zur GOP 01413
Teilnahme §119b, SGB V	37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
Wundversorgung	02300	Kleiner operativer Eingriff II/ primäre Wundversorgung
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“



Frankfurt, den 30.03.2019  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Dr. Klaus-Wolfgang Richter  
Vorsitzender der Vertreterversammlung