



Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 01. April 2021

ab dem Quartal II/2021

LESEFASSUNG

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

Stand: 06.03.2021

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;
Leistungsbereichverschiebung; Entbudgetierung TSVG)

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 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr

Anlagen

Anlage 1 Arztgruppen

Anlage 2 QZV Zuordnung

Anlage 3 Nicht besetzt

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Anlage 6 Hausärztliche Strukturpauschale

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

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

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

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

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

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

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) und Kostenerstattungsfälle (§§ 13 Abs. 2, 53 Abs. 4 SGB V) abzüglich der arztseitigen Bereinigungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2, dividiert durch die Versichertenzahl im Vorjahr.

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

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.

3.2 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.

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

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. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

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 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 ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals 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.
- h) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag HA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde.

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

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

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- a) Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen.

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

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

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 Abstaffelung 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

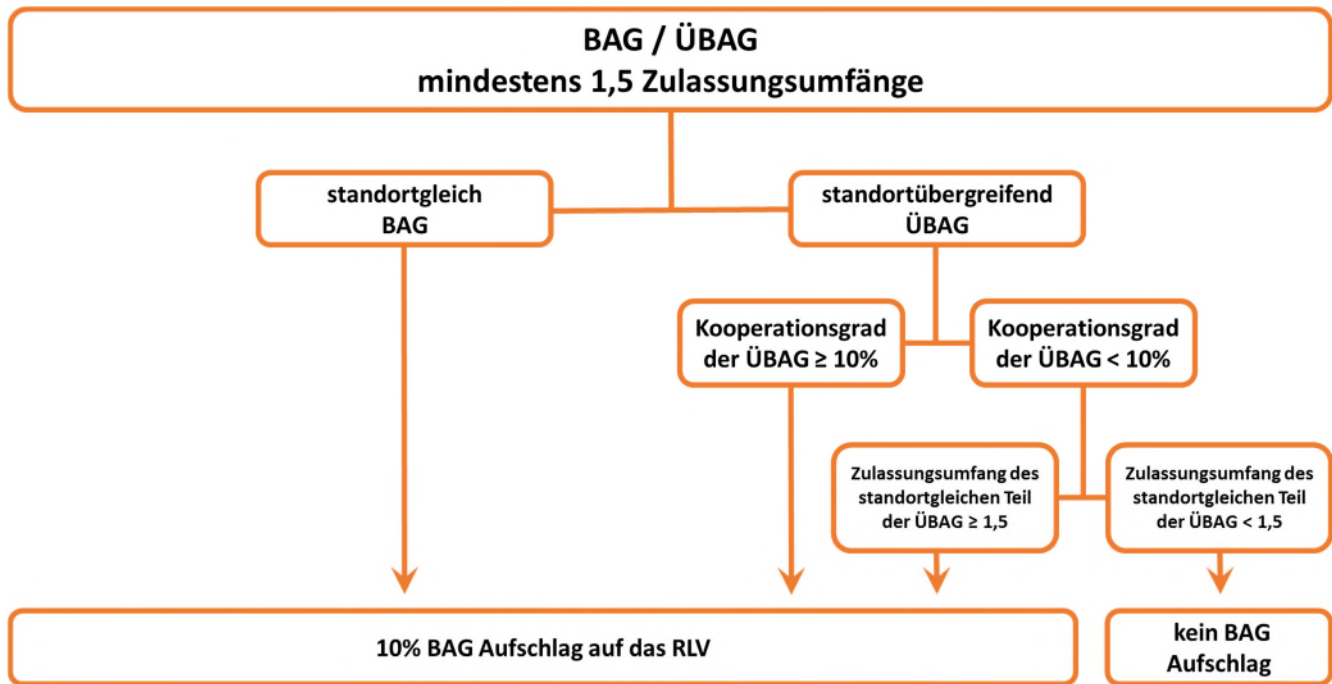
Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- 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 bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und rL 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.

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.

Ab dem Quartal 4/2019 werden die palliativmedizinischen Leistungen (GOP 03370 – 03374) nach Anlage 5 Nr. 4 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 bilden analog zu den QZV die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen freien Leistungen erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil der jeweiligen frL nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

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. 4.2 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.

3.9.3 Vorwegleistungen

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

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 3.3.1:

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

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. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.

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 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 Heimbefuchen 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 von anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05210-05212, 05330, 05331, 05340 und 05350 EBM bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie erbracht werden. Basis ist die Vergütung des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- g) Verteilungsvolumen zur Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen der Abschnitte 32.2, 32.3 EBM, von Laborgemeinschaften abgerechneten Laborleistungen (Anforderung über Muster 10A) und Laborgrundpauschalen (GOP 12210, 12220 und 12230 EBM). Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1.
- h) Verteilungsvolumen zur Vergütung von fachärztlichen förderungswürdigen Leistungen. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.
- i) Verteilungsvolumen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Basis ist das zur Verfügung gestellte Verteilungsvolumen des Vorjahresquartals.
- j) Verteilungsvolumen zur Vergütung getrennt für strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM (ohne die Gebührenordnungspositionen 25228 bis 25230) und für den zu erwartenden FKZ-Saldo. Basis bilden die in Abschnitt II Teil A Nr. 1 bereitgestellten Finanzmittel.
- k) Verteilungsvolumen zur Vergütung von Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240. Basis bildet die aktuelle Leistungsanforderung, die dem Grundbetrag FA für diese Leistungen nach Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 zugeführt wurde.

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

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

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

freie Leistungen je Arztgruppe nach Anlage 1. Dem ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen ist die relevante TSVG Bereinigung je Arztgruppe nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.2 hinzuzufügen.

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

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

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

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

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 Abstaffelung 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:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- 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 Fallzahlabstaffelung 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

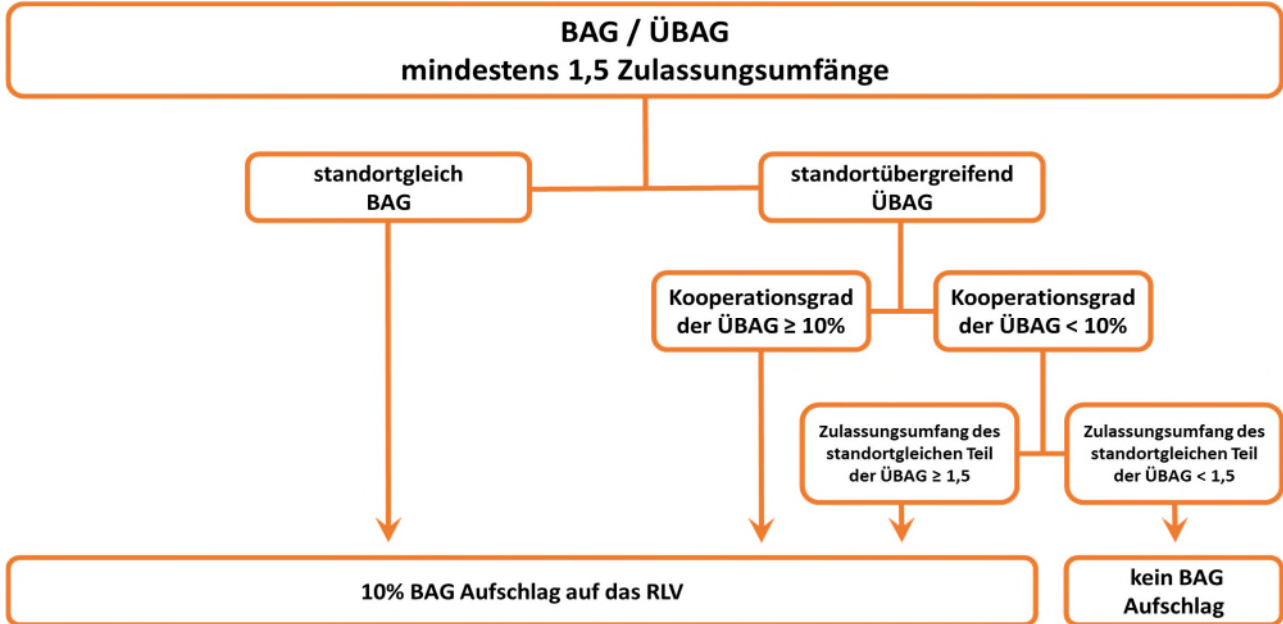
Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- 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 bilden die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen QZV erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil des jeweiligen QZV nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

4.6.1 QZV relevante Fallzahl und Fallwert

Sobald 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 bilden analog zu den QZV die korrespondierenden Quartale 2/2018 – 1/2019. Hierbei wird die transcodierte Leistungsanforderung (EBM 2020) des korrespondierenden Quartals der Vergütungsbereiche QZV und frL herangezogen. Die Aufteilung in die einzelnen freien Leistungen erfolgt je Arztgruppe nach dem sich ergebenden prozentualen Anteil der jeweiligen frL nach Anlage 2 an der gesamten Leistungsanforderung nach Absatz 1.

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. 4.2 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 k) genannten Leistungen und Leistungsbereiche werden nach folgender Systematik vergütet:

Zu a) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

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

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

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

Die Leistungsanforderung wird zu 100% vergütet.

Zu g) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu h) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

Zu i) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

Die nach Abschnitt II Teil B 4.3.1 gebildeten Rückstellung wird durch die Häufigkeit der GOP 99070 dividiert. Hieraus resultiert der Wert für die GOP 99070. Die GOP 99070 wird auf die Grundpauschale der Fachgruppen für Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie, Hautarzt, Innere Medizin mit SP Gastroenterologie, Innere Medizin FA ohne SP, Innere Medizin mit SP Kardiologie, Innere Medizin mit SP Pneumologie, Innere Medizin mit SP Angiologie, Innere Medizin mit SP Endokrinologie, Innere Medizin mit SP Nephrologie, Innere Medizin mit SP Hämatologie/Onkologie, Innere Medizin mit SP Rheumatologie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Urologie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, in den Behandlungsfällen, bei welchen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung nach Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht werden, zugesetzt.

Zu j) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:

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

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

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

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, ausgenommen sind Leistungen mit der Kennzeichnung GOP 88240 (Coronavirus), die zu 100% vergütet werden. Soweit eine Quotierung der Leistungen die Quote von 60% unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60% zu Lasten der nach Abschnitt II Teil B 4.2 Buchstaben a) gebildeten Rückstellung.

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 aktuellen Quartal zuzüglich aller HzV-Fälle dividiert.

$$\text{unbereinigter RLV – Fallwert (FW1)} = \frac{\text{unbereinigtes RLV – Vergütungsvolumen akt. Quartal}}{(\text{RLV – relevante BHF akt. Quartal zzgl. aller gemeldete Bereinigungsverfahren})}$$

2.2 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je Arztgruppe

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

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 01.Januar 2020 – 31. Dezember 2020

4.2 TSVG Bereinigung ab dem 2. Bereinigungsjahr

Ab dem 2. Jahr nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation nach Abschnitt II Teil C Nr. 4.1 werden die arztseitigen Bereinigungssummen des ersten Jahres auf der jeweiligen Versorgungsebene sowohl arztgruppen- als auch TSVG-konstellationsbezogen zunächst zusammengefasst und anteilig auf die TSVG durchführenden und abrechnenden Ärzte je Arztgruppe umgelegt. Bei Arztgruppen mit Bereinigungssummen des ersten Jahres und keinem TSVG durchführenden und abrechnenden Arzt im aktuellen Quartal, wird die Bereinigungssumme aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 oder 4.3.3 entnommen. Hierbei werden ausschließlich nur die im ersten Jahr ermittelten Bereinigungssummen verteilt. Die übrigen (nicht RLV/QZV/freie Leistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3) ermittelten bereinigungsrelevanten Finanzmittel aus dem ersten Jahr sind bereits im jeweiligen Grundbetrag nach Abschnitt II Teil B Nr. 1, 2, 5 und 6 oder in der jeweiligen Vorwegleistung nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 berücksichtigt und sind dort festgehalten.

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 | 30100, 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, 30601E |
| 19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708 |
| 20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 |
| 21 Sonographie I | 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 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 | 30100, 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, 33080L, 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

| | | |
|----|-----------------------------------|---|
| 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

| | | |
|----|---|---------------|
| 72 | Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt | 06225, 06225V |
|----|---|---------------|

Arztgruppe 6 vollzugelassene Chirurgen

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

| | | |
|----|-------------------|---|
| 13 | Phlebologie | 30500, 30501 |
| 21 | Sonographie I | 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 42 | Ulcus cruris, CVI | 02312, 02313 |
| 15 | Proktologie | 30600, 30601, 30601E |

Freie Leistungen

| | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| 1 | Akupunktur | 30790, 30791 |
| 4 | Behandlung von Hämorrhoiden | 30610, 30611 |

Arztgruppe 7 vollzugelassene Gynäkologen

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

| | | |
|----|------------------------|--|
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 44 | Inkontinenzbehandlung | 08310, 08311, 08311E, 08311U |
| 45 | Kurative Mammographie | 34270, 34271, 34272, 34273 |
| 47 | Reproduktionsmedizin | 08230 |
| 48 | Zytologie / Histologie | 19310, 19312, 19318, 19319 |

Freie Leistungen

| | | |
|----|-----------------------------|--|
| 17 | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, W |
| 65 | Sonstige Hilfen | 01820, 01821, 01822, 01823, 01824, 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 | 30100, 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, 33080L, 33081 |
| 27 Gastroenterologie I | 09317, 09317E |
| 40 Bronchoskopie | 09315, 09315E, 09316 |
| 41 Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 50 Otoakustische Emissionen | 09324, 09327 |
| 51 Phoniatrie, Pädaudiologie | 09330, 09331, 09333, 09335, 09336 |

Freie Leistungen

| | GOP'n |
|------------------------------------|--|
| 17 Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, 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

| | GOP'n |
|-----------------------------------|---|
| 2 Allergologie | 30100, 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, 33080L, 33081 |
| 50 Otoakustische Emissionen | 20324, 20327 |
| 51 Phoniatrie, Pädaudiologie | 20330, 20331, 20332, 20333, 20335, 20336 |

Freie Leistungen

| | GOP'n |
|------------------------------------|--|
| 17 Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, 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

| | GOP'n |
|--------------------------------------|--|
| 2 Allergologie | 30100, 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, 30601E |
| 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

GOP'n

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, 30601E |
| 23 | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 34 | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 54 | Kontrolle Herzschrittmacher | 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K |

Arztgruppe 12 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie (nicht invasiv)

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

GOP'n

| | | |
|----|-----------------------------------|---|
| 9 | Kardiorespiratorische Polygraphie | 30900 |
| 21 | Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |

Arztgruppe 13 vollzugelassene Internisten mit SP Lungen- u. Bronchialheilkunde

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

GOP'n

| | | |
|----|------------------|---|
| 40 | Bronchoskopie | 13662, 13662E, 13662I, 13662J, 13663, 13663I, 13664, 13664I, 13670, 13670I |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 52 | Polysomnographie | 30901 |

Arztgruppe 14 vollzugelassene Internisten mit SP Angiologie

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

GOP'n

| | | |
|----|------------------------|---|
| 12 | Langzeit-EKG | 13252, 13253 |
| 13 | Phlebologie | 30500, 30501 |
| 14 | Physikalische Therapie | 30400, 30400A, 30401, 30401A, 30402, 30402A, 30410, 30410A, 30411, 30411A, 30420, 30420A, 30421, 30421A, 30431 |
| 21 | Sonographie I | 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 23 | Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|--|
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 42 | Ulcus cruris, CVI | 02312, 02313 |
| Freie Leistungen | | GOP'n |
| 1 | Akupunktur | 30790, 30791 |
| 17 | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, 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, 13400E, 13400I, 13400J, 13401, 13401E, 13401I, 13401J, 13402, 13402E, 13402I, 13402J, 13410, 13410I, 13411, 13411I, 13412, 13412I |
| 54 | Kontrolle Herzschrittmacher | 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K |

Arztgruppe 19 vollzugelassene Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie

| | | |
|---|---|---|
| Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen | | GOP'n |
| 16 | Psychosomatische Grundversorgung, | 35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120 |
| Freie Leistungen | | GOP'n |
| 34 | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T |
| 66 | Transfusionen | 02110, 02111 |

Arztgruppe 20 vollzugelassene Internisten mit SP Rheumatologie

| | | |
|---|---|---|
| Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen | | GOP'n |
| 16 | Psychosomatische Grundversorgung, | 35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120 |
| 21 | Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 57 | Osteodensitometrie | 34600 |
| 67 | Infusionen < 1h | 02100, 02100T |
| 68 | Gelenkpunktionen | 02341 |
| Freie Leistungen | | GOP'n |
| 1 | Akupunktur | 30790, 30791 |
| 34 | Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T |

Arztgruppe 21 vollzugelassene Internisten mit SP Kardiologie invasiv

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen | | GOP'n |
| 9 | Kardiorespiratorische Polygraphie | 30900 |
| 21 | Sonographie I | 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |

41 Teilradiologie

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

Arztgruppe 22 vollzugelassene Nuklearmediziner Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

| | GOP'n |
|-------------------------|---|
| 21 Sonographie I | 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 41 Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 60 MRT | 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460 |
| 61 MRT-Angiographie | 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 |
| Freie Leistungen | GOP'n |
| 64 Nuklearmedizin | 17330, 17331, 17371, 17372, 17373 |

Arztgruppe 24 vollzugelassene Nervenärzte, Neurologen, Psychiater

| Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen | GOP'n |
|---|---|
| 5 Chirotherapie | 30200, 30201 |
| 9 Kardiorespiratorische Polygraphie | 30900 |
| 16 Psychosomatische Grundversorgung, | 35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120 |
| 19 Schmerztherapeutische spezielle Versorgung | 30700 inkl. Suffixe H, R, S, V, W, 30702, 30704, 30706, 30708 |
| 20 Schmerztherapeutische spezielle Behandlung | 30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 |
| 31 Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T |
| 58 Betreuung neurologisch Kranker | 16230, 16231 |
| 59 Betreuung psychiatrisch Kranker | 21230, 21231 |
| Freie Leistungen | GOP'n |
| 1 Akupunktur | 30790, 30791 |
| 17 Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150* inkl. Suffixe B, L, S, U, 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, 33080L, 33081 |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| Freie Leistungen | | GOP'n |
| 1 | Akupunktur | 30790, 30791 |
| 17 | Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, 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, 33080L, 33081 |
| 31 | Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 41 | Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 45 | Kurative Mammographie | 34270, 34271, 34272, 34273 |
| 55 | Interventionelle Radiologie | 01530, 01531, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287 |
| 57 | Osteodensitometrie | 34600 |
| 60 | MRT | 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460 |
| 61 | MRT-Angiographie | 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 |

| | |
|-------------------|---|
| 62 CT | 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34504, 34505 |
| 64 Nuklearmedizin | 17310, 17311, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 17371, 17372, 17373 |

Arztgruppe 35 vollzugelassene Urologen

Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

GOP'n

| | |
|--------------------------------------|---|
| 4 Behandlung von Hämorrhoiden | 30610, 30611 |
| 15 Proktologie | 30600, 30601, 30601E |
| 16 Psychosomatische Grundversorgung, | 35100, 35110, 35110V, 35111, 35111V, 35113, 35113V, 35120 |
| 21 Sonographie I | 33010, 33011, 33012, 33042, 33042A, 33043, 33043A, 33043V, 33044, 33044V, 33050, 33050K, 33052, 33090, 33090V, 33091, 33092, 33080, 33080L, 33081 |
| 31 Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 44 Inkontinenzbehandlung | 26310, 26310E, 26310U, 26311, 26311E, 26311U, 26313, 26340 |
| 63 Stoßwellenlithotripsie (ESWL) | 26330 |

Freie Leistungen

GOP'n

| | |
|--------------------------------|---|
| 17 Richtlinienpsychotherapie I | 35130, 35131, 35140, 35141, 35141V, 35142, 35142V, 35150 inkl. Suffixe B, L, S, U, 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, 30601E |
| 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, 33080L, 33081 |
| 23 Sonographie II | 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040 |
| 31 Sonographie III | 33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076 |
| 34 Praxisklinische Beobachtung und Betreuung | 01510, 01510T, 01511, 01511T, 01512, 01512T |
| 41 Teilradiologie | 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503 |
| 54 Kontrolle Herzschrittmacher | 13571, 13573, 13574, 13575, 13576, 13577 inkl. Suffixe I, J und K |

Freie Leistungen

GOP'n

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

Anlage 3 Nicht besetzt

Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 1/2021

| GOP * | Kurzbezeichnung | Wert EBM (2018) | Wert Zuschlag | Steigerung | Bemerkungen |
|-------|--|-----------------|---------------|------------|--------------------------------|
| 01410 | Besuch | 22,59 € | 2,53 € | 11,20% | nur für Versicherte > 60 Jahre |
| 01411 | Dringender Besuch I | 49,97 € | 5,60 € | 11,20% | nur für Versicherte > 60 Jahre |
| 01413 | Besuch eines weiteren Kranken | 11,29 € | 1,26 € | 11,20% | nur für Versicherte > 60 Jahre |
| 01415 | Dringender Besuch Patient im Pflegeheim | 58,17 € | 6,52 € | 11,20% | nur für Versicherte > 60 Jahre |
| 01510 | Praxisklinische Betreuung 2h | 53,48 € | 5,99 € | 11,20% | |
| 01511 | Praxisklinische Betreuung 4h | 101,75 € | 11,40 € | 11,20% | |
| 01512 | Praxisklinische Betreuung 6h | 149,59 € | 16,76 € | 11,20% | |
| 02110 | Erste Transfusion | 22,59 € | 2,53 € | 11,20% | |
| 02311 | Behandlung Diabetischer Fuß | 14,92 € | 1,67 € | 11,20% | |
| 02312 | Behandlungskomplex chron.venöse Ulcera c | 5,86 € | 0,66 € | 11,20% | |
| 02313 | Kompressionstherapie chron.venöse Insuff | 6,07 € | 0,68 € | 11,20% | |
| 02322 | Wechsel/Entfern.suprapub.Harnblasenkath. | 5,43 € | 0,61 € | 11,20% | nur in Verbindung mit Besuch |
| 02323 | Legen/Wechsel transurethraler Dauerkath. | 7,35 € | 0,82 € | 11,20% | nur in Verbindung mit Besuch |
| 03360 | Hausärztlich-geriatrisches Basisassessme | 13,00 € | 2,29 € | 17,61% | |
| 03362 | Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskom | 16,94 € | 2,60 € | 15,36% | |
| 04221 | intensiver Chronikerzuschlag z. GOP04000 | 4,26 € | 0,48 € | 11,20% | |
| 06333 | Binokulare Unters.d. Augenhintergrundes | 5,43 € | 0,61 € | 11,20% | |
| 13253 | Computergest. Auswertung Langzeit-EKG | 9,80 € | 1,10 € | 11,20% | |
| 13254 | Langzeit-Blutdruckmessung | 8,31 € | 0,93 € | 11,20% | |
| 13255 | Spirographische Untersuchung | 6,39 € | 0,72 € | 11,20% | |
| 13300 | Angiologisch-diagnostischer Komplex | 65,42 € | 7,33 € | 11,20% | |
| 13400 | Ösophago-Gastroduodenaler Komplex | 88,96 € | 9,96 € | 11,20% | |
| 13571 | Funktionsanalyse Herzschrittmacher | 20,14 € | 2,26 € | 11,20% | |
| 13573 | Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover | 37,29 € | 4,18 € | 11,20% | |
| 13575 | Funktionsanalyse CRT | 45,92 € | 5,14 € | 11,20% | |
| 13611 | Ärztliche Betreuung b. Peritonealdialyse | 7,88 € | 0,88 € | 11,20% | |
| 14220 | Gespräch,Beratung,Erörterung, Abklärung | 14,49 € | 1,62 € | 11,20% | |
| 14240 | Psychiatrische Betreuung | 21,10 € | 2,36 € | 11,20% | |
| 14313 | Kontinuierl.Mitbetr i. häusl./famil. Umg | 39,95 € | 4,47 € | 11,20% | |
| 14314 | Kontinuierliche Mitbetreuung in Heimen | 22,27 € | 2,49 € | 11,20% | |
| 20314 | Videostroboskopie | 16,19 € | 1,81 € | 11,20% | |
| 20338 | Hörgerätevers. Säugling,Kleinkind o.Kind | 138,08 € | 15,47 € | 11,20% | |
| 30111 | Allergologiediagnostik II | 48,80 € | 5,47 € | 11,20% | |
| 30120 | Rhinomanometrischer Provokationstest | 6,93 € | 0,78 € | 11,20% | |
| 30130 | Hyposensibilisierungsbehandlung | 10,02 € | 1,12 € | 11,20% | |
| 30131 | Zuschlag zu der GOP 30130 | 7,56 € | 0,85 € | 11,20% | |
| 33023 | Zuschlag TEE | 40,17 € | 4,50 € | 11,20% | |
| 33030 | Echokardiographie mit physikalischer Stu | 78,74 € | 8,82 € | 11,20% | |
| 33031 | Echokardiographie mit pharmakainduzierte | 88,96 € | 9,96 € | 11,20% | |

| | | | | |
|-------|--|---------|---------|-----------------------|
| 33070 | Duplex-Sonographie der extrakraniellen G | 43,68 € | 4,89 € | 11,20% |
| 33072 | Duplex-Sonographie der extremitätenvers- | 27,70 € | 3,10 € | 11,20% |
| 33073 | Duplex-Sonographie abdomineller, retrope | 27,70 € | 3,10 € | 11,20% |
| 34256 | Urethrozystographie oder Refluxzystogram | 61,58 € | 6,90 € | 11,20% |
| 34257 | Retrograde Pyelographie | 94,18 € | 10,55 € | 11,20% |
| 34503 | Bildwandlergestützte Interv. Wirbelsäule | 73,30 € | 8,21 € | 11,20% |
| 09330 | Gründliche Untersuchung der Stimme | 21,63 € | 2,42 € | 11,20% |
| 09331 | Untersuchung des Sprechens/der Sprache | 31,11 € | 3,48 € | 11,20% |
| 09332 | Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie | 34,52 € | 3,87 € | 11,20% |
| 14210 | Grundpauschale bis 5. Lebensjahr | 26,53 € | 2,65 € | 10,00% |
| 14211 | Grundpauschale 6.- 21. Lebensjahr | 27,17 € | 2,72 € | 10,00% |
| 16310 | EEG | 26,74 € | 2,99 € | 11,20% |
| 16321 | Neurophysiologische Untersuchung | 28,02 € | 3,14 € | 11,20% |
| 99099 | Zuschlag für Behandlung HIV-Infizierter | | 51,17 € | Wert der GOP 30920 |

* Kommen die in der Anlage genannten GOP auch mit Suffixen vor und unterliegen diese ebenfalls der mGV, dann lösen diese analog zur Blank GOP ebenfalls den Zuschlag in gleicher Höhe aus, unabhängig von der Bewertung der GOP mit Suffix.

Anlage 5 MGV-Veränderungen

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------|--|---|--|
| 1) | ab 1/2020 | <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) | ab 1/2020 | <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) | ab 2/2020 | <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 im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird der Arztgruppe Augenärzte nach Anlage 1 dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 |

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------|--|--|--|
| 4) | ab 4/2020 | <u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370 – 04374 EBM) | Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370- 03374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. Der im Vorjahresquartal ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370- 04374 EBM) gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem 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) | ab 1/2021 | <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 im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 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 |
| 6) | ab 1/2021 | <u>Minderbedarf/Einsparungen:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320 – 19322 und 19331) | Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 19320 - 19322 und 19331 EBM um die Einsparung aufgrund der EBM Bewertungsanpassung vermindert. Die im Vorjahresquartal ermittelte Einsparung gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1, dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 entnommen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben c) und d) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 |

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------------------|---|---|--|
| 7) | 3/2020 – 2/2021 | <u>Eindeckelung:</u> AOP-Begleitleistungen | Durch die Einführung eines AOP Nicht-Begleitleistungskataloges im Honorarvertrag 2020 wird die MGV um die Leistungen in diesem Katalog erhöht. Der ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 (allgemeine Beschreibung) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 1-6 |
| 8) | ab 2/2021 | <u>Mehrbedarf:</u> Aufnahme der flexiblen Urethro(-zysto)skopie (GOP 26310 und 26313 EBM) | Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 |
| 9) | ab 2/2021 | <u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100) | Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 |

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------------------|---|---|--|
| 10) | 3/2020 – 2/2021 | <u>Neue GOP</u> 12230 Zuschlag zu Laborpauschalen | Nach Beschluss des BA in der 481. Sitzung wurde ein Zuschlag zur GOP 12210 und 12220 beschlossen. Die GOP 12230 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOP 40100, 40110 und 40111 berechnungsfähig. Der Mehrbedarf durch den Zuschlag wird in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) vergütet und führt zu Einsparungen in der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a). Der Mehrbedarf (Vergütung GOP 12230 aktuelles Quartal) in der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a) entnommen und der Rückstellung der Vorwegleistung Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe g) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe a) |
| 11) | 3/2020 - 2/2021 | <u>Absenkung mGV</u> Anpassung mGV aufgrund nachgelagerter Überprüfung der mGV Erhöhung aus der 54. Sitzung BA aus dem Jahr 2018 zu den GOP 32151, 32720 bis 32727, 32750, 32759 bis 32763, 32772 und 32773. | Nach Beschluss des BA in der 504. Sitzung wird die mGV zu einem basiswirksamen Anteil und einem nicht basiswirksamen Anteil vermindert. Die kassenseitig ermittelte Verminderung wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 |
| 12) | 3/2020 – 2/2021 | <u>Neue GOP</u> 04417, 13577 Zuschläge für die Abbildung der Kosten für Programmier- und Auslesegeräte kardialer Implantate | Nach Beschluss des BA in der 506. Sitzung wurden neue Zuschläge zu den GOP 04411, 04413 und 04415 sowie den GOP 13571, 13573 und 13575 beschlossen. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der artzseitigen Leistungsanforderung der neuen GOP im aktuellen Quartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1, Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 |

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------------------|---|---|--|
| 13 a) | 3/2020 – 2/2021 | <u>Neue GOP</u> 40460 – 40462 Kostenpauschalen | Nach Beschluss des BA in der 507. und 509.Sitzung wurden neue GOP 40460 – 40462 beschlossen. Die ermittelte kassenseitige mGV Erhöhung wird nach aktueller Leistungsanforderung der neuen GOP der Vorwegleistungen nach Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 1 a) zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 1 a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 1 a) |
| 13 b) | 3/2020 – 2/2021 | <u>Wertabsenkung GOP EBM</u> GOP 04511, 08311 ,08334, 09315, 09317, 13260, 13400, 13401,13402, 13662, 26310, 26311, 30601 (Ausnahme GOP 08311T, 26310T,26311T) | Die jeweils ermittelte kassenseitige mGV Absenkung für die im Beschluss des BA in der 509. Sitzung genannten drei GOP Bereiche wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung für diese drei getrennten GOP Bereiche im Vorjahresquartal dem jeweiligen Grundbetrag im entsprechenden Bereich (Vorwegleistung, RLV, QZV oder freie Leistung) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 separat entnommen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 1-6 |
| 14) | 4/2020 – 3/2021 | <u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Grundpauschalen und 13692 der 13691 | Nach Beschluss des BA in der 511. Sitzung werden die GOP 13691 und 13692 inclusive Suffixe um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird unter Berücksichtigung der prozentualen Anteile der arztseitigen Leistungsanforderung der Vorjahresquartals den Arztgruppen in Anlage 2 in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) zugeführt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 |
| 15) | 1/2021 - 4/2025 | <u>Mehrbedarf</u> Für die Vergütung der Leistungen des Kapitels 11.4 EBM | Nach Beschluss des BA in der 547. Sitzung wurde eine basiswirksame Anhebung der mGV um 45 Millionen Euro ab dem Quartal 1/2021 beschlossen. In den folgenden 5 Jahre wird die mGV jährlich basiswirksam um den hälftigen Leistungsbedarfszuwachs angehoben. Dieser ist für die Vergütung des Kapitels 11.4.EBM bestimmt. Die kassenseitig ermittelte Erhöhung wird im Teil A 3.1.3 und Abschnitt II Teil B Nr. 6 im GB „Genetisches Labor“ berücksichtigt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 6 |

| Lfd. Nr. | Quartal | Thema | Bemerkung | Verweis HVM |
|----------|-----------------------|---|---|---|
| 16) | 3/2020 - 2/2023 | <u>Minderbedarf/Einsparungen</u> Neufassung des Abschnitts 40.4 EBM (e-Arztbriefe) | Nach Beschluss des BA in der 480. Sitzung werden die GOP 40120 bis 40126 und die GOP 40144 zum 30.06.2020 auf Basis des ermittelten Bereinigungsvolumen des Jahres 2018 gestrichen. (Labormediziner, Humangenetiker, Pathologen und Fachwissenschaftler der Medizin werden nicht berücksichtigt.) Die ermittelte kassenseitige Einsparung wird nach Teil A 3.1.3 im GB HA und GB FA berücksichtigt und im Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) und Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a) entnommen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 a) |
| 17) | 2/2021 - 1/2022 | <u>Eindeckelung:</u> GOP 32480 und 32557 EBM (Labor) | Nach Beschluss des BA in der 433. Sitzung werden die GOP 32480 und 32557 EBM ab dem 1. April 2021 in die mGV überführt. Der kassenseitig ermittelte Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert wird im Teil A 3.1.3 im GB Labor berücksichtigt. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A 3.1.3 |

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. Nicht genannte Suffixe zu den gelisteten GOP sind ebenfalls dem entsprechenden Leistungsbereich zugeordnet.

Jeder Arzt, der die oben genannten Voraussetzungen erfüllt, erhält für jeden Behandlungsfall, in dem mindestens eine Leistung aus einem der 10 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 | Zufschlag 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 | Zufschlag Transkavitäre Untersuchung |
| Sonographie | 33090V | Zufschlag Transkavitäre Unters (MuVo) |
| Sonographie | 33091 | Zufschlag für optische Führungshilfe |
| Sonographie | 33092 | Zufschlag für optische Führungshilfe |
| Teilnahme §119b, SGB V | 37100 | Zufschlag Versichertenpauschale Betreuung |
| Teilnahme §119b, SGB V | 37102 | Zufschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 |
| Teilnahme §119b, SGB V | 37105 | Zufschlag Versichertenpauschale für koordinierenden Arzt |
| Teilnahme §119b, SGB V | 37113 | Zufschlag zur GOP 01413 |
| Teilnahme §119b, SGB V | 37120 | Falkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä |

| Leistungsbereiche | GOP | GOP-Bezeichnung |
|---|--------|--|
| Wundversorgung | 02300 | Kleiner operativer Eingriff I/ 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 |