

Änderung des

Honorarverteilungsmaßstabes
(HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. April 2020

Beschluss der Vertreterversammlung vom 07.03.2020

I) Abschnitt II Teil B Nr. 3.9.2 wird geändert und lautet wie folgt:

„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.

“

II) Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 wird geändert und lautet wie folgt:

„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.

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.“

III) Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 wird geändert und lautet wie folgt:

„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 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.

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. 5 wieder Bestandteil der mGV. Für diese eingedeckelten Finanzmittel wird ein neues QZV 76 „Palliativmedizinische Versorgung“ nach Anlage 2 geschaffen. Die Eindeckung der Finanzmittel findet in Abschnitt II Teil A 3.1.3 Anwendung.“

Abschnitt II Teil B Nr. 3.6.1 bleibt unverändert.

IV) Abschnitt II Teil B Nr. 3.8 wird geändert und lautet wie folgt:

„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.“

V) In Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Vorwegleistungen werden folgende Änderungen vorgenommen:

- 1) Der Absatz Buchstabe f) wird ersatzlos gestrichen.
- 2) Die nachfolgenden Absätze Buchstaben g), h), i) und j) – alt – werden entsprechend zu Absätzen f), g), h) und i) – neu –
- 3) Buchstabe f) – neu – lautet wie folgt:
„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 Leistungsanforderung des aktuellen Quartals.“

VI) Abschnitt II Teil B Nr. 4.9.3 Vorwegleistungen wird wie folgt geändert:

- 1) Der bisherige Absatz
„Zu f) aus Abschnitt II Teil B 4.3.1:
Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach Abschnitt II Teil B 4.8.“
wird ersatzlos gestrichen.
- 2) In den nachfolgenden Absätzen werden die Bezeichnungen „Zu g)...“, „Zu h)...“, „Zu i)...“, „Zu j)...“ – alt - entsprechend ersetzt durch die Bezeichnungen „Zu f)...“, „Zu g)...“, „Zu h)...“, „Zu i)...“ – neu -.

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

„4.3.3 RLV/QZV und freie Leistungen

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

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.

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.“

VIII) Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 wird geändert und lautet wie folgt:

„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 Voraus-

setzung 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.“

Abschnitt II Teil B Nr. 4.6.1 bleibt unverändert.

IX) Abschnitt II Teil B Nr. 4.8 wird geändert und lautet wie folgt:

„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.“

X) Der Inhalt der Anlage 3 wird ersatzlos gestrichen, die Anlage 3 wird mit der Bezeichnung „Nicht besetzt“ gekennzeichnet; dies wird im Inhaltsverzeichnis entsprechend berücksichtigt.

XI) Die Anlage 5 wird geändert und lautet wie aus dem Anhang 1 ersichtlich.

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

„3. Grundbeträge

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

Folgende Grundbeträge sind nach KBV-Vorgaben zu bilden:

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

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

XIII) Anlage 6 Hausärztliche Grundpauschale wird wie folgt ergänzt:

Nach dem Satz „Die den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordneten GOP sind in der Tabelle 1 ersichtlich.“ wird ein weiterer Satz wie folgt eingefügt „Nicht genannte Suffixe zu den gelisteten GOP sind ebenfalls dem entsprechenden Leistungsbereich zugeordnet.“

XIV) Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen wird geändert und lautet nunmehr wie folgt:

„Anlage 4 Katalog förderungswürdiger Leistungen ab 2/2020

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-Gastroduodener Komplex	88,96 €	9,96 €	11,20%	
13571,13571J	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	20,14 €	2,26 €	11,20%	
13571I,13571K	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	18,12 €	2,03 €	11,20%	
13573,13573J	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	37,29 €	4,18 €	11,20%	
13573I,13573K	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardiover	33,56 €	3,76 €	11,20%	
13575,13575J	Funktionsanalyse CRT	45,92 €	5,14 €	11,20%	
13575I,13575K	Funktionsanalyse CRT	41,33 €	4,63 €	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		49,78 €	Wert der GOP 30920"

Das Inhaltsverzeichnis wird entsprechend angepasst.

Anhang 1

Anlage 5 MGV-Veränderungen

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
1)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Erhöhung der Versichertenpauschalen (VP) für die Verordnung häuslicher Krankenpflege (GOP 03005, 04005 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 werden die GOP 03005 EBM und 04005 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 bzw. der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe e)
2)	1/2020 - 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Bewertungserhöhung der GOP 34600 EBM (Osteodensitometrie)	Nach Beschluss des BA in der 430. Sitzung am 12.12.2018 wird die GOP 34600 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der im Vorjahresquartal ermittelte Mehrbedarf gesteigert nach Abschnitt II Teil A 3.1.1 wird dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 Buchstabe b) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.6
3)	2/2020 - 1/2021	<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
4)	4/2019 - 3/2020	<u>Eindeckelung:</u> Palliativmedizinische Versorgung (GOP 03370-03374 EBM) Palliativmedizinische Versorgung (GOP 04370 – 04374 EBM)	Der in den Quartalen 4/2019 – 3/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 408. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Eindeckelungsbetrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 3.2.5 (GOP 03370-03374 EBM) wird im QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 unter Berücksichtigung der Arztgrup-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.6 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3

Lfd. Nr.	Quartal	Thema	Bemerkung	Verweis HVM
			pen in Anlage 2 zugeführt. Der kassenseitige Eindeckungsbeitrag/ Aufsatzwert für Leistungen der Palliativmedizinische Versorgung des Abschnitts 4.2.5 (GOP 04370-04374 EBM) wird dem Vergütungsbereich RLV der Kinderärzte in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 zugeführt.	
5)	1/2020 – 4/2020	<u>Ausdeckung:</u> Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236)	Der in den Quartalen 1/2020 – 4/2020 auf dem Beschluss des BA in seiner 448. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ermittelte kassenseitige Ausdeckungsbeitrag/ Aufsatzwert für Humangenetischen Beurteilungsleistungen (GOP 01841, 11230, 11233 bis 11236) wird im Grundbetrag „Genetisches Labor“ in Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3 entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil A Nr. 3.1.3
6)	1/2020 – 4/2020	<u>Mehrbedarf:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 01700 und 01701)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700 und 01701 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 sowie dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 (HA) und 4.3.3 (FA) unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstabe c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3
7)	1/2020 – 4/2020	<u>Minderbedarf/Einsparungen:</u> Programm zur Früherkennung von Zervixkarzinomen (GOP 19320 – 19322 und 19331)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 19320 - 19322 und 19331 EBM um die Einsparung aufgrund der EBM Bewertungsanpassung vermindert. Die ermittelte kassenseitige Einsparung wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1, dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3 bzw. den QZV in Abschnitt II Teil B Nr. 4.6 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in An-	<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
			lage 2 entnommen.	
8)		<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
9)	2/2020 – 1/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Aufnahme der flexiblen Urethro(-zysto)skopie (GOP 26310 und 26313 EBM)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 26310 und 26313 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 und dem QZV in 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
10)	2/2020 – 1/2021	<u>Mehrbedarf:</u> Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien (GOP 01700, 01701, 01840 und 40100)	Nach Beschluss des BA in der 455. Sitzung am 11.12.2019 werden die GOP 01700, 01701, 01840 und 40100 EBM um den Mehrbedarf aufgrund der EBM Bewertungsanpassung erhöht. Der ermittelte kassenseitige Mehrbedarf wird nach prozentualen Anteilen der arztseitigen Leistungsanforderung im Vorjahresquartal der jeweiligen Vorwegleistung in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 und 4.3.1 und dem RLV in Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 und 4.3.3 unter Berücksichtigung der Arztgruppen in Anlage 2 zugeführt.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.1 Buchstabe a) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.1 Buchstaben a) und c) ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 3.3.3 ▪ Abschnitt II Teil B Nr. 4.3.3

Frankfurt, den 07.03.2020
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung