

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

auf der Grundlage des § 87b SGB V mit Wirkung zum 1. April 2012

Abkürzungen:

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses
B-EBWA	Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
FA	Facharzt
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
HA	Hausarzt
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
RLV	Regelleistungsvolumen
Selektivvertrag	Vertragliche Regelung außerhalb des Kollektivvertrages

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1	B-BWA in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010, geändert durch die Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248., 256., 261 und 262. Sitzung
Anlage 2	Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
Anlage 3	Aufstellung der relevanten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Präambel

Dieser Honorarverteilungsmaßstab ersetzt die Regelungen zur Honorarverteilung, die bislang in der mit den Landesverbänden getroffenen „Vereinbarung zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 nebst sämtlicher Ergänzungsvereinbarungen“ umfasst waren. Die Neufassung wird aufgrund der Neuregelung des Versorgungsstrukturgesetzes vorgenommen, wonach die Honorarverteilung nunmehr von der Kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen zu erfolgen hat.

Der vorliegende Honorarverteilungsmaßstab beruht auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b II und III SGB V (in der Fassung GKV-WSG), geändert durch die Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248., 256., 261 und 262. Sitzung des Bewertungsausschusses, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts Abweichendes bestimmt ist. Ferner finden die jeweils aktuell gültigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die anzuwendenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berücksichtigung.

Gliederung

Teil A Grundsätzliche Untergliederung der MGV nach Versorgungs- und Leistungsbereichen

1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA)
 - 1.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen
 - 1.2 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale
 - 1.3. Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung
2. Trennung der Gesamtvergütung
3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche

Teil B Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen
2. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für die in Anlage 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes genannten Arztgruppen
3. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen
4. Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.)
 - 4.1 Neupraxen und Ärzte in der Wachstumsphase
 - 4.2 Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen
 - 4.3 Praxisbesonderheiten, Härtefälle, Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung
5. Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen

Teil C Durchführung der Verteilung

1. Vergütung gegenüber dem Arzt
2. Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

Teil A Grundsätzliche Untergliederung der MGV nach Versorgungs- und Leistungsbereichen

1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA)

Unterdeckungen im Vergütungsbereich vor Trennung werden entsprechend des gültigen Trennungsfaktors anteilig aus den Versorgungsbereichen ausgeglichen. Die KVSH kalkuliert die nachfolgenden Rückstellungen und Vorwegabzüge nach folgenden Vorgaben:

1.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b II 3 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß den Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Information der KBV 249/2011), Anhang zu Teil B, Schritt 17 unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in Anlage 1 (Teil F, Abschnitt I, 4.1) genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Teil F, Abschnitt I, 4.2.1 der Anlage 1 zu berücksichtigen sind (vgl. Anlage 1, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.4).

Als Ausgangsbasis gelten die 87c4FUSION-Daten Leistungsabschnitt A 5 des Bewertungsausschusses für das Jahr 2008, angepasst um die entsprechenden Faktoren gemäß Beschlusslage. Für den Anpassungsfaktor gilt, dass sich abweichend vom B-EBWA in seiner 15. Sitzung vom 2.9.2009, Teil H der errechnete Behandlungsbedarf je Versicherten um 0,1 v. H. zur Deckung von Mehrausgaben der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM erhöht. Nicht abgeforderte Mittel aus der Erhöhung um 0,1 v.H. werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.

1.2 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (Gebührenordnungsposition 12210 und 12220), der Grundpauschale für die Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (GOP 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß den Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Information der KBV 249/2011), Anhang zu Teil B, Schritt 18 vergütet. Eine Über-/Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Eine Über-/Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

1.3 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß B-EBWA in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem

Vergütungsvolumen gemäß den Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Information der KBV 249/2011), Anhang zu Teil B, Schritt 19 vergütet.

Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes von Krankenhausnotfällen, Notfällen von Ermächtigten und Nicht-Kassenärzten sowie der ärztlichen Stelle in der Leitstelle wird ein Vorwegabzug in Höhe von jährlich 24,3 Mio. Euro gebildet. Dieser Vorwegabzug steht zur Finanzierung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung zur Verfügung.

2. Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich

Die um die in Nr. 1 gebildeten Rückstellungen und Vorwegabzüge reduzierte kassenübergreifende MGV wird auf die Versorgungsbereiche Hausarzt und Facharzt gemäß den Vorgaben der KBV vom 15.12.2011 (Information der KBV 249/2011), Anhang zu Teil B aufgeteilt.

Aufgrund Schleswig-Holstein spezifischer Organisations- und Vergütungsstruktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden die Vorwegabzüge aus den hausärztlichen und fachärztlichen Verteilungsvolumen für Leistungen des Notdienstes arztbezogen auf Basis des Jahres 2006 gebildet.

3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche

Der Vorstand der KVSH entscheidet über die Bildung und Auflösung von Rückstellungen/Vorwegabzügen sowie über deren Höhe. Die Bildung der Rückstellungen und Vorwegabzüge sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt quartalsweise versorgungsbereichsspezifisch.

- 3.1 Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird gemäß Anlage 1, B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Punkt 3.1.2 das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet:

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte,
- unter Berücksichtigung der Sicherstellungsaufgaben (u.a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Ermächtigungen),
- unter Berücksichtigung des Ausgleichs von überproportionalen Honorarverlusten,
- unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gemäß dieses Honorarverteilungsmaßstabes,
- unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der MGV finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2% des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütende Leistungen,
- unter Abzug des Bereinigungsvolumens bei Selektivverträgen,
- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung von Haus- und Heimbesuchen nach GOP 01410, 01413 und 01415 (ausgenommen der Pflegeheimbesuche gemäß Teil B der Honorarvereinbarung 2012),
- unter Abzug der im B-BWA (Anlage 1, B-BWA in der 248. Sitzung vom 25.01.2011) erfolgten EBM-Aufwertung der Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI (Teil B der Honorarvereinbarung 2012) außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“),

- unter Abzug der Vergütung von Fremdzytologie als Auftragsleistung zur Durchführung von Probenuntersuchungen nach GOP 01826,
- unter Abzug der Honorierung von Ärzten während der Wachstumsphase nach Teil B, Ziffer 4.1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes sowie
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes genannten Arztgruppen sowie für die Arztgruppen in Anlage 1, B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 4.1. Hierunter fallen nicht die Leistungen der teilermächtigten Ärzte, ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen oder Institutionen.
- Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des Bereinigungsverteilungsvolumens zu reduzieren.

3.2 Zusätzlich wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Vorwegabzug gebildet für:

- die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Leistungen nach Kap. 20 EBM), sofern eine zweckgebundene Aufstockung der MGV mit den Kassen vereinbart ist. Für die Honorierung dieser Leistungen nach Kapitel 20 EBM durch Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen wird ein Vorwegabzug gebildet. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Die Höhe des Vorwegabzugs errechnet sich aus dem im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsvolumen zzgl. der zweckgebundenen Aufstockung der MGV durch die Krankenkassen. Für die Quartale aus 2012 wird das bisher abgerechnete Leistungsvolumen gemäß Honorarvereinbarung 2012 um je 10.000,- € erhöht.
- Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten

Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das fachärztliche Verteilungsvolumen um 30 vom Hundert des Bereinigungsvolumens zu reduzieren.

Das verbleibende Vergütungsvolumen geht in die Bildung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina nach Teil B dieses Honorarverteilungsmaßstabes ein.

Teil B Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen

Die finanziellen Auswirkungen sind aus den jeweiligen Rückstellungen zu begleichen und bei der Festsetzung der Höhe der Rückstellungen für die Folgequartale zu berücksichtigen. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

Der Vorstand der KVSH kann gesonderte Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b II 2 SGB V bestimmen.

1.1 Berechnung RLV/QZV

Die RLV/QZV berechnen sich nach den Vorgaben der Anlage 1, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts Abweichendes bestimmt ist. Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies auf eine volle Arztstelle ab. Andernfalls ist die Vorgabe anteilig anzuwenden. Soweit nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, umfasst der Begriff „Praxis“ alle möglichen Berufsausübungsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten, einschl. Psychotherapeuten sowie Ermächtigungen. Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppen basieren auf den Daten des jeweiligen Vorjahresquartals.

Einem Arzt, der außerhalb der KV Schleswig-Holstein zugelassen ist und mit schleswig-holsteinischen Ärzten eine KV-übergreifende BAG bildet, wird kein RLV und QZV zugewiesen. Ebenso bleibt dieser Arzt bei der Ermittlung von RLV- und QZV-Zuschlägen gemäß Teil B, Punkt 2.9 dieses Honorarverteilungsmaßstabs unberücksichtigt und hat keinen Einfluss auf die Zuschläge der schleswig-holsteinischen Ärzte. Die RLV- und QZV-Zuweisungen für die Ärzte sämtlicher Betriebsteile einer überörtlichen BAG im Bereich der KV Schleswig-Holstein erfolgen einheitlich gegenüber der überörtlichen BAG an dem von ihr gewählten Hauptsitz.

1.2 RLV-relevante Arztgruppen

Regelleistungsvolumen werden für Ärzte der in Anlage 2 zu diesem Honorarverteilungsmaßstab genannten Arztgruppen ermittelt und festgesetzt.

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden gemäß der Anlage 1, B-BWA, Teil F, Anlage 5, Ziffer 2 mit dem entsprechenden Anpassungsfaktor gebildet. Abweichend hiervon wird der Anpassungsfaktor zur Ermittlung der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde sowie der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen um 12,8 Prozentpunkte erhöht.

Die Höherbewertungen der Gebührenordnungspositionen 09212, 13392, 13642, 26211 und 26212 EBM gemäß B-BWA vom 31.08.2011 in seiner 262. Sitzung werden bei der Bildung der entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen berücksichtigt.

1.3 Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen erhalten ebenfalls ein RLV entsprechend ihres Versorgungsauftrages.

1.4 Bei der Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Verteilungsvolumen eines Versorgungsbereiches wird bei einer Arztzahlveränderung um mehr als 10% zwischen den entsprechenden Quartalen in 2008 und dem Vorjahresquartal der RLV/QZV-relevante Leistungsbedarf in Punkten des Vorjahresquartals zugrunde gelegt. Die Anpassungsfaktoren gemäß Anlage 1, B-BWA, Teil F, Anlage 5, Ziffer 2 finden in diesen Fällen keine Anwendung.

2. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für die in Anlage 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes genannten Arztgruppen

2.1 Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden gemäß der Anlage 1 nach Maßgabe der Ziffern 2 und 3 des B-BWA, Teil F, Abschnitt I für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Der Bezug erfolgt auf das Quartal unmittelbar.

- 2.2 Abweichend zur Anlage 1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes wird das RLV der Fachärzte für Augenheilkunde wie folgt angepasst:
Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Augenheilkunde wird entsprechend des B-BWA in der 262. Sitzung vom 31.08.2011 ein Vorwegabzug für die Vergütung der Leistung 06225 EBM vorgenommen. Dieser bemisst sich nach der geschätzten Häufigkeit der Leistung 06225 EBM im Abrechnungsquartal. Die Leistung 06225 EBM wird zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- 2.3 Der RLV-Fallwert für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie wird abweichend von der Regelung unter Punkt 2.1 dieses Verteilungsmaßstabes an den RLV-Fallwert der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin angepasst. Das dadurch freiwerdende Verteilungsvolumen wird auf die für diese Arztgruppe gebildeten QZV entsprechend der anteiligen Leistungsmenge dieser QZV an der Gesamtleistungsmenge aller QZV dieser Arztgruppe verteilt.
- 2.4 Der RLV-Fallwert für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde oder Zusatzbereich Kinderpneumologie wird abweichend von der Regelung unter Punkt 2.1 dieses Verteilungsmaßstabes an den RLV-Fallwert der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin angepasst. Das dadurch freiwerdende Verteilungsvolumen wird auf die für diese Arztgruppe gebildeten QZV entsprechend der anteiligen Leistungsmenge dieser QZV an der Gesamtleistungsmenge aller QZV dieser Arztgruppe verteilt.
- 2.5 Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, gilt grundsätzlich der Tätigkeitsschwerpunkt, um die Höhe der zutreffenden RLV und ggf. QZV zu bestimmen. Ebenso werden fachärztliche Internisten entsprechend ihres Tätigkeitsschwerpunktes zugeordnet.
- 2.6 Es gelten die in Anlage 3 aufgelisteten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.

- 2.7 Zur Bestimmung der RLV-Fallzahl wird als Bezugszeitraum das jeweilige Vorjahresquartal gewählt.
- 2.8 Beim Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der QZV gilt der Leistungsfall gemäß Anlage 1, B-BWA, Teil F i.V.m. Anlage 8. Zur Berechnung der QZV wird die arztindividuelle Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals herangezogen (Anlage 1, B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).
- 2.9 Der Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten wird gemäß Anlage 1 zu diesem Honorarverteilungsmaßstab (B-BWA in seiner 256. Sitzung) sowohl für das Regelleistungsvolumen als auch für die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina gewährt.
Auf Basis der Anlage 1 (B-BWA in seiner 261. Sitzung) können in einer fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft mit einem weit überwiegenden Anteil an fach- und schwerpunktgleichen Ärzten diese einen 10%-Aufschlag auch dann erhalten, wenn der Kooperationsgrad von 10% nicht erreicht wird.
- 2.10 Vollermächtigte Ärzte werden wie niedergelassene Vertragsärzte in diesem Honorarverteilungsmaßstab eingestuft. Um eine Vollermächtigung handelt es sich im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes, wenn der Ermächtigungsumfang dem Leistungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes entspricht und keine über die in § 13 Abs. 4 BMV/Ä bzw. § 7 Abs. 4 EKV genannten Regelungen hinaus beinhaltet. Die folgende Regelung unter Punkt 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen findet daher keine Anwendung.
- 2.11 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen finden die Regelungen unter Punkt 2 keine Anwendung. Stattdessen gelten die folgenden Regelungen unter Punkt 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

3. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen

- 3.1 Teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag (Anlage 1, B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.1). Es erfolgt keine Differenzierung in RLV und QZV.
- 3.2 Das Regelleistungsvolumen für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen ergibt sich aus der Multiplikation des individuellen Fallwerts des Vorjahresquartals mit der entsprechenden Fallzahl des Vorjahresquartals. Die individuellen Fallwerte werden entsprechend des RLV-Verteilungsvolumens der in Satz 1 genannten Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen angepasst.
- 3.3 Die Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Wird die Höhe des zugewiesenen Regelleistungsvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung der über das Regelleistungsvolumen hinausgehenden Leistungen mit abgestaffelten Preisen. Die abgestaffelte Vergütung wird gemäß Anlage 1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes ermittelt.
- 3.4 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen werden keine Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften gewährt.
- 3.5 Im Fall der Ermächtigungsänderung hinsichtlich Umfang und/oder Inhalt können auf Antrag der teilermächtigten Ärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen im Einzelfall Sonderregelungen gewährt werden.

4. Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.)

Die finanziellen Auswirkungen von Einzelfallentscheidungen im Rahmen der nachfolgenden Merkmale sind aus den jeweiligen Rückstellungen zu begleichen und bei der Festsetzung der Höhe der Rückstellung für die Folge quartale zu berücksichtigen. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

4.1 Neupraxen und Ärzte in der Wachstumsphase

- 4.1.1 Wachstumsärzte sind Ärzte, deren Vorjahresquartal für die Bildung von RLV und QZV innerhalb der ersten 16 Quartale nach Niederlassung liegt. Sie erhalten ein auf Basis ihres Vorjahresquartals gebildetes RLV/QZV gemäß Teil B, Ziffer 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes. Liegt dieses unterhalb des entsprechenden Arztgruppendurchschnitts, wird es auf den 1,5-fachen RLV/QZV-Fallwert der Arztgruppe, multipliziert mit der individuellen RLV-Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals, maximal jedoch auf das arztbezogene durchschnittliche Honorar über den RLV- und QZV-Vergütungsbereich der Arztgruppe erhöht.
- 4.1.2 Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), erhalten ein durchschnittliches Gesamtvolumen über RLV und QZV ihrer Arztgruppe. Liegt das individuelle RLV/QZV des aktuellen Abrechnungsquartals unterhalb des entsprechenden Arztgruppendurchschnitts, so findet die vorgenannte Regelung unter Punkt 4.1.1 Anwendung.
- 4.1.3. Solange das Vorjahresquartal innerhalb der Wachstumsphase (20 Quartale nach Niederlassung) liegt, finden die Regelungen unter Punkt 4.1.1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes Anwendung.
- 4.1.4 Nach Ablauf von 24 Quartalen nach Niederlassung werden die RLV/QZV nach Maßgabe der Ziffer 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes ermittelt.
- 4.1.5 In Arztgruppen mit weniger als 20 Ärzten im Vorjahresquartal, von denen mindestens die Hälfte weniger als 5 Jahre niedergelassen sind, erfolgt die Ermittlung des Regelleistungsvolumens abweichend von der Anlage 1, Teil F, Abschnitt I, Punkt 3.2.1, Satz 4 ohne Fallwertminderung.

4.1.6 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Punkt 4.1 keine Anwendung. Es gelten stattdessen die Vorschriften unter Punkt 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

4.2 Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen

4.2.1 Mit Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V wird dem Praxisübernehmer die zur Berechnung des RLV/QZV maßgebliche Fallzahl des Vorgängers übertragen, sofern die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Die Übernahme der QZV-Leistungsfälle erfolgt jedoch nur bei Vorlage der entsprechenden Genehmigung. Ist dieses RLV/QZV unterdurchschnittlich, so gilt die Regelung unter Punkt 4.1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

4.2.2 Bei Berufsausübungsgemeinschaften tritt bei Eintritt eines in der Wachstumsphase befindlichen Arztes neben bestehender RLV/QZV der einzelnen Partner der Praxis die Regelung nach Punkt 4.1 hinzu, so dass sich insgesamt eine Obergrenze für die Berufsausübungsgemeinschaft ergibt.

4.2.2 Sofern ein Arzt mit Vorjahresquartal in der Wachstumsphase eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ verlässt, erhält er sein nach Punkt 4.1.1, Satz 2 oder 3 gebildetes RLV/QZV. Die RLV/QZV der verbleibenden Ärzte in der Berufsausübungsgemeinschaft oder in dem MVZ werden entsprechend angepasst.

4.2.4 Scheiden andere Partner aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, so werden die RLV/QZV nach Anlage 1 ohne Berücksichtigung des neuen Partners den entstehenden Praxen zugeordnet.

4.2.5 Bei Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das RLV/QZV einer Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt erhalten. Bei ortsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden.

4.2.6 In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen das RLV/QZV der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

4.3 Praxisbesonderheiten, Härtefälle, Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

4.3.1 Als Härtefall gilt eine Praxis insbesondere dann, wenn eine unangemessene Auswirkung der Abstufungsregelung bei Bildung der RLV je Arzt vorliegt, oder wenn das Gesamtvolumen je Arzt um mehr als 15% gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht. Zur Überprüfung der Voraussetzungen hat der antragstellende Arzt/ die antragstellende Praxis der KVSH entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen (gemäß Anlage 1, B-BWA, Teil F, Ziffer 3.8).

4.3.2 Verringert sich das Gesamthonorar einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008, können befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis geleistet werden.

4.3.3 Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührennummern benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Praxisbesonderheiten können 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 RLV/QZV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Bei der Beurteilung von Praxisbesonderheiten werden die Bereiche der RLV und QZV gemeinsam betrachtet.

Für das Vorliegen einer Praxisbesonderheit im Zusammenhang mit nicht gebildeten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen kann eine gesonderte

Überprüfung erfolgen. Bei der Beurteilung von Praxisbesonderheiten im Bereich der QZV erfolgt ebenfalls eine gesonderte Betrachtung im Einzelfall.

4.3.4 Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/ praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft,
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis oder
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

4.3.5 Solange und soweit die Ergänzungsvereinbarung für die Jahre 2011 und 2012 „Strukturfonds für den ländlichen Raum“ vom 11.4.2011 nebst Protokollnotiz besteht, kann der Vorstand der KVSH unter den dort genannten Voraussetzungen von der Fallwertminderung absehen.

4.3.6. Die Leistungen der Polysomnographie (EBM 30901) werden unter folgenden Bedingungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet:

- das Gesamtvolumen (RLV/QZV) der Praxis ausgeschöpft ist,
- der betroffene Leistungserbringer in dem aktuellen Abrechnungsquartal leitlinienkonform die Leistung nach EBM 30901 im Durchschnitt 1,7-fach im Leistungsfall erbracht hat und
- der Arzt seiner Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V nachgekommen ist.

Das zur Vergütung der EBM-Ziffer 30901 zur Verfügung gestellte Volumen errechnet sich aus: EBM-Position (30901) x Orientierungswert x 2,1 x Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals * 0,95.

Dieses Volumen steht ausschließlich der Leistungsmenge der EBM-Ziffer 30901 zur Verfügung. Der Differenzbetrag zwischen Vergütung nach grundsätzlicher Honorarsystematik und Vergütung über dieses fiktive Volumen wird dem Leistungserbringer aus Mitteln der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zur Verfügung gestellt.

4.3.7 Die Leistungen der „speziellen schmerztherapeutischen Versorgung“ (Kapitel 30.7. EBM) werden unter folgenden Bedingungen gestützt vergütet:

4.3.7.1 Für die Leistungen der speziellen schmerztherapeutischen Versorgung (Kapitel 30.7.1 EBM) werden arztbezogene Vergütungsfallwerte berechnet und Stützungsfallwerte bestimmt. Rechnet ein Arzt im Abrechnungsquartal die Nr. 30704 EBM ab, errechnet sich dieser Fallwert nach der Vergütung der Leistungen des Kapitels 30.7.1 EBM, dividiert durch die Anzahl der Leistungen nach Nr. 30704 EBM. Der zutreffende Stützungsfallwert beträgt 136,00 Euro. Rechnet ein Arzt keine Leistung nach Nr. 30704 EBM ab, bestimmt sich der Fallwert nach der Vergütung der obigen Leistungen, dividiert durch die Anzahl der Leistungen nach Nr. 30702 EBM. Der zutreffende Stützungsfallwert beträgt 115,00 Euro. Für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute gelten um 10% abgesenkte Stützungsfallwerte.

4.3.7.2 Die Leistungen des Kapitels 30.7.1 EBM werden im Abrechnungsquartal gesondert vergütet, wenn

- das Gesamtvolumen der Praxis im Abrechnungsquartal überschritten ist,
- der Arzt im Abrechnungsquartal mind. eine Leistung nach der Nr. 30702 oder 30704 EBM abgerechnet hat,
- der Vergütungsfallwert nach Punkt 4.3.7.1 des Arztes im Abrechnungsquartal seinen entsprechenden Vergütungsfallwert im Vorjahresquartal unterschreitet,
- der Vergütungsfallwert nach Punkt 4.3.7.1 des Arztes im Abrechnungsquartal den zutreffenden Stützungsfallwert unterschreitet,

- der Arzt seiner Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V nachgekommen ist.

Alle genannten Voraussetzungen müssen erfüllt sein.

4.3.7.3 Die Höhe der gesonderten Vergütung gemäß Punkt 4.3.7.2 wird arztbezogen ermittelt aus dem Minimum

- der Differenz zwischen der Vergütung nach Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung und der nach Maßgabe dieses Honorarverteilungsmaßstabs quotierten Vergütung,
- der Differenz zwischen den Vergütungsfallwerten nach Punkt 4.3.7.1 im Vorjahresquartal und im Abrechnungsquartal und
- der Differenz zwischen dem zutreffenden Stützungsfallwert und dem Vergütungsfallwert im Abrechnungsquartal.

4.3.8 Die Leistungen der Richtlinienpsychotherapie I und II werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wenn

- das Gesamtvolumen der Praxis im Abrechnungsquartal überschritten ist,
- die QZV Richtlinienpsychotherapie I und/oder II gemäß Anlage 3 für die jeweilige Arztgruppe ausgewiesen oder als Praxisbesonderheit geführt werden,
- der Arzt im Abrechnungsquartal mindestens 55,0 Stunden der Richtlinienpsychotherapie I und/oder II erbringt,
- der Arzt im Abrechnungsquartal mindestens 5,0 Stunden der Richtlinienpsychotherapie I und/oder II je Richtlinienpsychotherapie-Fall leistet,
- der Arzt seiner Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V nachgekommen ist.

Alle genannten Voraussetzungen müssen erfüllt sein. Bei der Ermittlung der genannten Stundenwerte gelten die EBM-Prüfzeiten.

4.3.9 Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Punkt 4.3 (mit Ausnahme von 4.3.7) keine Anwendung. Es werden stattdessen die Vorschriften unter Punkt 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes angewandt.

5. Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen

Werden Leistungen, die in den RLV/QZV enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen abgerechnet, sind diese in der jeweiligen Höhe im entsprechenden Versorgungsbereich zu bereinigen, vgl. Teil A, 3.1.

Die arztbezogenen Bereinigungsvolumina werden für versorgungsbereichsbezogene Ausgleichsmaßnahmen von Honorarverteilungsrisiken, die vor Eintritt des Arztes in einen Selektivvertrag entstanden sind, zur Berechnung anteilig herangezogen.

Bei Teilnahme von Versicherten an Verträgen, die eine Bereinigung der MGV erfordern (z.B. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V), ist der Vorstand der KVSH ermächtigt, ein entsprechendes Verfahren zur Bereinigung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zu bestimmen.

Teil C Durchführung der Verteilung

1. Vergütung gegenüber dem Arzt

- 1.1 Für Gruppen, für die kein RLV oder keine zeitbezogene Kapazitätsgrenze vorgesehen ist, wird die sachlich/rechnerisch anerkannte Leistungsmenge zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Leistungen aus Vorwegabzügen nach Teil A 3.1 und 3.2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.
- 1.2 Leistungen innerhalb von RLV und innerhalb von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina oder zeitbezogener Kapazitätsgrenzen werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert vergütet. Die Quote ermittelt sich aus der Gegenüberstellung des 2%igen Vorwegabzuges nach Teil A Ziffer 3.1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes und der daraus zu vergütenden Leistungsmenge. Leistungen, die 150% einer Kapazitätsgrenze überschreiten, werden nicht vergütet.
- 1.3 Vertragsärzte, die ihrer Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V nicht nachkommen, werden von zusätzlichen Honorar-Stützungsmaßnahmen im Bezugszeitraum ausgeschlossen.

2. Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

- Für die Vergütung der Notfalleistungen im Krankenhaus, durch Ermächtigte und durch Nicht-Vertragsärzte gilt die Abrechnungsordnung der KVSH. Abweichend dazu gelten innerhalb der Notdienstbezirke im ärztlichen Bereitschaftsdienst nachfolgende Regelungen. Von diesen nicht umfasste, sonstige Notfallbehandlungen unterliegen der Vergütung innerhalb der RLV.
- 2.1 Von den zur Verfügung stehenden Mitteln nach Teil A Ziffer 1.3 dieser Vereinbarung erfolgt ein Vorwegabzug von 2,5% für ergänzende oder anpassende Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung.

- 2.2 Die KVSH stellt die für die Finanzierung der Kosten der Gesamtorganisation einschl. der Anlaufpraxen (ggf. einschl. der Nachtbereitschaft in Anlaufpraxen) notwendigen Mittel aus der Vorwegvergütung nach Teil A Ziffer 1.3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.
- 2.3 Notfalleistungen durch Nichtvertragsärzte werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleistungen von Krankenhäusern oder durch ermächtigte Ärzte. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung für die durch das Krankenhaus oder durch ermächtigte Krankenhausärzte erbrachten Notfalleistungen – im Sinne des § 120 Abs. 3 Satz 2 - um einen Abschlag von 10% zu kürzen.
- 2.4 Für die ärztlichen Einsatzzeiten wird eine die Einwohnerzahl des Notdienstbezirkes berücksichtigende Normstundenzahl zugrundegelegt. Innerhalb dieser wird für Notdienstbezirke auf dem Festland eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 50 Euro honoriert. In der Zeit zwischen 0:00 Uhr und 08:00 Uhr wird im Fahrdienst eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 25 Euro gezahlt. Weiterhin wird in dieser Zeit jeder mit einem Besuch einher gehende abgerechnete Fall mit 50 Euro honoriert. Bei Insellagen und für vom Vorstand der KVSH beschlossene Modellprojekte werden modifizierende Regelungen getroffen. Die Krankenkassen werden entsprechend über die Modellprojekte informiert.
- 2.5 Für Besuche im organisierten Bereitschaftsdienst erfolgt die Abrechnung nach Wegepauschalen bzw. Wegegeld je Doppelkilometer. Die Höhe des Wegegeldes je Doppelkilometer beträgt, vorbehaltlich anderslautender Regelungen, einheitlich 2,70 Euro.
- 2.6 Die ärztlichen Dienste im Rahmen der augenärztlichen und HNO-ärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 100 Euro je Stunde honoriert. Die Praxiskosten sind mit diesem Honorar abgegolten. Für ärztliche Dienste im Rahmen kinder- und jugendärztlicher Anlaufpraxen wird ein Teilbudget in Höhe von 4,2 % des Betrages aus Teil A, Ziffer 1.3, Absatz 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes gebildet. Abweichend von Ziffer 2.2 sind in

diesem Betrag die Strukturkosten der Anlaufpraxen enthalten. Für die ärztlichen Dienste wird ein Stundensatz in Höhe von 50 Euro vergütet.

- 2.7 Für eine Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 100 Euro vergütet.
- 2.8 Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.