

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

auf der Grundlage des § 87b SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2013

in der Fassung vom 22. März 2013

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

Der vorliegende Honorarverteilungsmaßstab regelt die Honorarverteilung ab Quartal I/2013. Es finden die jeweils aktuell gültigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die anzuwendenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berücksichtigung.

Gliederung

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH.....	1
Abkürzungen:	1
Anlagenverzeichnis:	2
Präambel.....	2
Gliederung.....	3
Teil A Grundsätzliche Untergliederung der MGV nach Versorgungs- und Leistungsbereichen.....	5
1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA).....	5
1.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen	5
1.2 Vergütung für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin.....	6
1.3 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	6
2. Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich	6
3. Regelungen innerhalb der Versorgungsbereiche.....	7
Teil B Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (RLV, QZV, Praxisbesonderheiten und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen)	9
1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen.....	9
1.1 Berechnung RLV/QZV	9
1.2 RLV-relevante Arztgruppen	9
2. Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für die in Anlage 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes genannten Arztgruppen.....	10

3.	Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen.....	13
4.	Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.).....	14
4.1	Neupraxen und Ärzte in der Wachstumsphase	14
4.2	Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen	15
4.3	Praxisbesonderheiten, Härtefälle, Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung.....	16
5.	Bereinigung im Zusammenhang mit Selektivverträgen.....	17
6.	Unbillige Härte	17
Teil C	Durchführung der Verteilung	18
1.	Vergütung gegenüber dem Arzt.....	18
2.	Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)	19

Teil A Grundsätzliche Untergliederung der MGV nach Versorgungs- und Leistungsbereichen

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

Für die Abwicklung des Zahlungsverkehrs mit den Krankenkassen einschließlich des Fremdkassenzahlungsausgleiches entsprechend den Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 Ziff. 2, 7a SGB V wird ein Honorarausgleichsfonds gebildet. Hierüber werden nachträglich zu erfolgende Honorarkorrekturen, Fehlschätzungen im Fremdkassenzahlungsausgleich, nachgelagerte sachlich-rechnerische Korrekturen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und/oder Regresse sowie Unterdeckungen im Vergütungsbereich vor Trennung der MGV ausgeglichen. Der Vorstand der KVSH entscheidet über die Bildung/Auflösung, die Höhe der Zuführung bzw. der Entnahme. Die KVSH kalkuliert die nachfolgenden Rückstellungen und Vorwegabzüge nach folgenden Vorgaben.

1.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

(1) 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 21.11.2012 (Information der KBV 214/2012), 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 dieses HVM zu berücksichtigen sind (vgl. Anlage 1, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 2.4).

(2) 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 02.09.2009, Teil H der errechnete Behandlungsbedarf je Versicherten um 0,1 vom Hundert zur Deckung von Mehrausgaben der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM erhöht. Nicht abgeforderte Mittel aus der Erhöhung um 0,1 vom Hundert werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt.

(3) Die Absätze (1) und (2) gelten für den Zeitraum 1. Januar 2013 bis 31. März 2013 und werden ab dem 1. April 2013 ersatzlos gestrichen.

1.2 Vergütung für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin

Die Bildung des Vorwegabzuges sowie die Vergütung der Leistungen aus Kapitels 32 EBM erfolgen nach den aktuellen Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen.

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

(1) Leistungen des organisierten Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Bereitschaftsdienstes gemäß B-EBWA in seiner 17. Sitzung am 16.12.2009 werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß den Vorgaben der KBV vom 21.11.2012 (Information der KBV 214/2012), Anhang zu Teil B, Schritt 19 vergütet.

(2) Für die Vergütung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes von Krankenhausnotfällen, Notfällen von Ermächtigten und Nicht-Kassenärzten sowie der ärztlichen Stelle in der Leitstelle werden quartalsbezogene Vorwegabzüge gebildet. Im Einzelnen sind dies für das

1. Quartal 6.075.000 Euro

2. Quartal 5.575.000 Euro

3. Quartal 6.075.000 Euro

4. Quartal 6.575.000 Euro.

Diese Beträge werden mit der Veränderungsrate der MGV fortgeschrieben.

Diese Vorwegabzüge stehen zur Finanzierung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notfallbehandlung zur Verfügung.

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

(1) Die um die in Ziffer 1ff gebildeten Rückstellungen und Vorwegabzüge reduzierte kassenübergreifende MGV wird auf die Versorgungsbereiche Hausarzt und Facharzt gemäß den Vorgaben der KBV vom 21.11.2012 (Information der KBV 214/2012), Anhang zu Teil B aufgeteilt.

(2) Aufgrund der Schleswig-Holstein-spezifischen 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

(1) Der Vorstand der KVSH entscheidet über die Bildung und Auflösung von Rückstellungen, die zur Abbildung konkreter Umstände notwendig sind, und der unter (2) genannten Vorwegabzüge sowie über deren Höhe. Die Bildung der Rückstellungen und Vorwegabzüge sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt quartalsweise versorgungsbereichsspezifisch.

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

- mit Wirkung zum 1. April 2013 unter Berücksichtigung der Bereinigung der MGV um die trennungsrelevante Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie und der probatorischen Sitzungen entsprechend den Vorgaben der KBV, Teil B 1c) vom 21. November 2012,
- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 Ziff. 2 und 7a SGB V,
- unter Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
- unter Berücksichtigung der Sicherstellungsaufgaben,
- 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 Heimbefuchen nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM (ausgenommen der Pflegeheimbesuche gemäß Teil B der gültigen Honorarvereinbarung für das 1. Quartal 2013),
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung der Speziellen schmerztherapeutischen Versorgung (Abschnitt 30.7.1 EBM) für Ärzte, die die GOP 30704 EBM regelhaft abrechnen,

- für das 1. Quartal 2013 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 gültigen Honorarvereinbarung) 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 EBM,
- 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 genannte 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 Krankenhäuser, 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 und das fachärztliche Verteilungsvolumen um 30 vom Hundert des Bereinigungsvolumens zu reduzieren.
- Für nachträglich durchgesetzte Ansprüche auf Honorar, welches aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes nicht zur Auszahlung kam und für nachträglich zu erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen bzw. für Fehlschätzungen im Fremdkassenzahlungsausgleich werden Rückstellungen in Höhe von 0,2 % im hausärztlichen Versorgungsbereich und 0,95 % im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Nachgelagerte sachlich-rechnerische Korrekturen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und/oder Regresse werden diesen Rückstellungen zugeführt.

(3) Zusätzlich wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Vorwegabzug gebildet für:

- die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Leistungen nach Kapitel 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. Der so ermittelte Vorwegabzug wird gemäß der gültigen Honorarvereinbarung um 10.000 Euro pro Quartal erhöht.
- die zu erwartende Vergütung für Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ab dem 2. Quartal 2013
- die zu erwartende Vergütung für Beratungen des Ehepaares über künstliche Befruchtung nach GOP 08520 und 08521 EBM.

(4) 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 Mengensteuerungen (RLV, QZV, Praxisbesonderheiten und zeitbezogene Kapazitätsgrenzen)

1. Grundsatz der Vergütung ärztlicher Leistungen

(1) 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.

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

1.1 Berechnung RLV/QZV

(1) Die RLV/QZV berechnen sich nach den Vorgaben der Anlage 1 dieses HVM, 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.

(2) Abweichend von (1) wird Ärzten mit anteiligen Arztstellen ein Gesamtvolumen (Regelleistungsvolumen, QZV und Praxisbesonderheiten) maximal bis zum anteiligen Durchschnitt der Arztgruppe zugewiesen. Diese Regelung gilt ab dem 1. April 2013.

(3) 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 BAG-Zuschlägen gemäß Teil B, Ziffer 2 (15) 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 und Arztgruppen mit zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

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

(2) Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen werden abweichend der Anlage 1 B-BWA, Teil F, Anlage 5, Ziffer 2 auf Basis des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals gebildet. Die Anpassungsfaktoren gemäß der Anlage 1, B-BWA, Teil F, Anlage 5, Ziffer 2 entfallen.

(3) Abweichend hiervon basieren die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde sowie der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen mindestens auf dem entsprechenden Leistungsbedarf des jeweiligen Quartals 2008, erhöht um 12,8 %. Diese Regelung gilt längstens bis einschließlich des Quartals IV/2013.

(4) Für die Arztgruppen der Nervenärzte, der Neurologen und der Psychiater wird ein gemeinsamer Anteil am versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen gebildet, der sich nach dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Nervenarzt im Vorjahresquartal, multipliziert mit der jeweiligen Anzahl der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater im Vorjahresquartal bemisst. Das nach Satz 1 gebildete Verteilungsvolumen wird den drei Arztgruppen im Verhältnis ihrer tatsächlichen Leistungsbedarfe im Vorjahresquartal zugeordnet. Die nach Satz 2 gebildeten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen der Nervenärzte und der Neurologen werden zusammengeführt und damit für beide Arztgruppen einheitliche RLV-Fallwerte, einheitliche QZV-Fallwerte und einheitliche Wachstumsgrenzen berechnet.

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

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

(1) Die Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden gemäß der Anlage 1 dieses HVM 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.

Der Vorstand der KVSH kann für einzelne RLV-relevante Arztgruppen für Praxisbesonderheiten Vorwegabzüge aus dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vornehmen. Diese Regelung gilt insbesondere für Leistungsbereiche, für die QZV vorgesehen, aber auf Landesebene nicht gebildet wurden.

(2) Der RLV-Fallwert für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie wird abweichend von der Regelung unter Punkt (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.

(3) 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 (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.

(4) Abweichend von den Regelungen zur RLV-Fallwertminderung gem. Anlage 1 dieses HVM wird für die Gruppe der Nervenärzte und Neurologen die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Nervenärzte herangezogen.

(5) Bei der Fallwertminderung für Ärzte in BAG/MVZ wird die durchschnittliche RLV-Fallzahl der fachgleichen Ärzte in der BAG/MVZ berücksichtigt.

(6) 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.

(7) Es gelten die in Anlage 3 dieses HVM aufgelisteten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina.

(8) Zur Bestimmung der RLV-Fallzahl wird als Bezugszeitraum das jeweilige Vorjahresquartal gewählt.

(9) Beim Verfahren zur Umsetzung der Berechnung der QZV gilt der Leistungsfall gemäß Anlage 1 dieses HVM. Zur Berechnung der QZV wird die arztindividuelle Leistungsfallzahl des Vorjahresquartals herangezogen (Anlage 1, B-BWA, Teil F, Abschnitt I, Ziffer 1.2.1).

(10) Fachärzten für Augenheilkunde wird das arztindividuelle und zweckgebundene QZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ gemäß Absatz 1 zugewiesen. Abweichend davon erfolgt die Zuweisung nur dann, wenn der Arzt die Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM im Abrechnungsquartal erfüllt. Das QZV ist weder mit dem RLV noch den übrigen QZV verrechenbar.

(11) Die Wachstumsgrenze der Fachärzte für Augenheilkunde wird ohne das QZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ gebildet. Daher erhalten alle Wachstumsärzte dieser Arztgruppe eine entsprechend ihrer Arztstelle gebildete einheitliche Wachstumsgrenze über die übrigen RLV und QZV-Bereiche.

Fachärzte für Augenheilkunde, welche sich in der Wachstumsphase befinden und nach den Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM die GOP 06225 abrechnen, erhalten neben ihrer Wachstumsgrenze im Rahmen der Honorarabrechnung ein arztindividuelles und zweckgebundenes QZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“. Dieses wird auf

Basis der Fallzahl im aktuellen Abrechnungsquartal berechnet. Dieses QZV ist nicht mit anderen RLV und QZV verrechenbar.

(12) Für die Vergütung und Steuerung zeitgebundener Leistungen gelten für das 1. Quartal 2013 folgende zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen:

Psychologische Psychotherapeuten	31.206 Minuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	31.465 Minuten
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	31.567 Minuten
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	30.835 Minuten
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne Sozialpsychiatrievereinbarung	31.465 Minuten

Ab dem 2. Quartal 2013 gelten folgende um die Anteile für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie sowie der Probatorik bereinigten zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen:

Psychologische Psychotherapeuten	2.257 Minuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2.273 Minuten
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3.002 Minuten
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gem. den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	2.125 Minuten
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne Sozialpsychiatrievereinbarung	33.394 Minuten

(13) Für die Polysomnografie (GOP 30901 EBM) wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Vergütungsanteil aus der Summe der zugewiesenen QZV und Praxisbesonderheiten sowie des Stützungsvolumens Polysomnografie im entsprechenden Bezugsquartal aus 2011 gebildet. Der Vergütungsanteil wird mit den Veränderungsraten der MGV weiterentwickelt.

Ärzten, die im Vorjahresquartal die GOP 30901 EBM abgerechnet haben und im Abrechnungsquartal die Genehmigung zur Durchführung der Leistung besitzen, werden QZV Polysomnografie zugewiesen. Die Höhe des QZV eines Arztes ergibt sich aus dem Verhältnis seiner Vergütung GOP 30901 EBM zu der Summe aller Vergütungen für diese Leistung im Vorjahresquartal, bezogen auf den Vergütungsanteil nach Satz 1. Das QZV nach Satz 3 ist mit RLV und weiteren QZV verrechnungsfähig. Die Regelungen dieses Absatzes entfallen ersatzlos rückwirkend zum 1. Januar 2013.

(14) Ärzten, die im Vorjahresquartal Leistungen nach Kapitel 30.7.1 EBM ohne Ansatz der GOP 30704 EBM abgerechnet haben, werden QZV „Spezielle schmerztherapeutische Versorgung“ zugewiesen. Die Höhe des QZV eines Arztes ergibt sich aus dem Verhältnis seines Leistungsbedarfs nach Kapitel 30.7.1 EBM zu der Summe aller Leistungsbedarfe für diese Leistungen im Vorjahresquartal. Die QZV sind mit RLV und weiteren QZV verrechnungsfähig. Ärzte, die im Abrechnungsquartal die Leistung GOP 30704 EBM regelhaft abrechnen, erhalten die Vergütung für Leistungen nach Kapitel 30.7.1 EBM zu Preisen der Euro-Gebührenordnung.

(15) Der Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten wird abweichend von der Anlage 1 zu diesem Honorarverteilungsmaßstab (B-BWA in seiner 256. Sitzung) nur für das Regelleistungsvolumen in Höhe von 10% gewährt. Bei Wachstumsärzten mit vorab mitgeteilter Obergrenze wird der BAG-Aufschlag auf die im Rahmen der jeweiligen Abrechnung individuell generierte Obergrenze gewährt. In Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen von der Regelung der BAG-Aufschläge abweichen, hierzu sind geeignete Nachweise ggf. vorzulegen.

(16) 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 Ziffer 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen findet daher keine Anwendung.

Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen finden die Regelungen unter Ziffer 2 keine Anwendung. Stattdessen gelten die folgenden Regelungen unter Ziffer 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

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

(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.

(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) 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.

(4) Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen werden keine Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften gewährt.

(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 Folgequartale zu berücksichtigen. Eine Über- oder Unterdeckung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt berücksichtigt.

4.1 Neupraxen und Ärzte in der Wachstumsphase

(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.

(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 (1) Anwendung.

(3) Die Absätze (1) und (2) finden Anwendung, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts Abweichendes geregelt ist.

(4) Solange das Vorjahresquartal innerhalb der Wachstumsphase (20 Quartale nach Niederlassung) liegt, finden die Regelungen unter (1) dieses Honorarverteilungsmaßstabes Anwendung.

(5) Nach Ablauf von 24 Quartalen nach Niederlassung werden die RLV/QZV nach Maßgabe Teil B, Ziffer 2 dieses Honorarverteilungsmaßstabes ermittelt.

(6) 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 dieses HVM, Teil F, Abschnitt I, Punkt 3.2.1, Satz 4 ohne Fallwertminderung. Der Vorstand kann weitere Arztgruppen von der Fallwertminderung ausnehmen.

(7) Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Ziffer 4.1 keine Anwendung. Es gelten stattdessen die Vorschriften unter Teil B, Ziffer 3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

4.2 Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstrukturen

(1) Mit Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V bzw. bei Nachbesetzung einer Arztstelle 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.

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

(3) Sofern ein Arzt mit Vorjahresquartal in der Wachstumsphase eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ verlässt, erhält er sein nach Ziffer 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) Scheiden andere Partner aus der Berufsausübungsgemeinschaft aus, so werden die RLV/QZV nach Anlage 1 ohne Berücksichtigung des neuen Partners den entstehenden Praxen zugeordnet.

(5) Bei Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das RLV/QZV einer Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt erhalten, sofern die Arztgruppe des ausscheidenden Praxispartners weiterhin in der Praxis vertreten sein wird. Bei ortsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden. Hiervon kann auf Antrag der Vorstand unter Berücksichtigung von Sicherstellungsaspekten abweichende Entscheidungen treffen.

(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, Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

(1) Der Arzt kann für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-Gebührenordnungspositionen 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 % in relevanten Punkten 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.

(2) Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden bei einer unangemessenen Auswirkung der Fallwertminderung bei Bildung der RLV bzw. außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis,
- 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.

(3) Solange und soweit die Ergänzungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2013 „Strukturfonds für den Ländlichen Raum“ besteht, kann der Vorstand der KVSH unter den dort genannten Voraussetzungen von der Fallwertminderung absehen.

(4) 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. Die gesamten Regelungen dieses Absatzes entfallen ersatzlos mit Wirkung zum 1. April 2013.

(5) Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen unter Ziffer 4.3 keine Anwendung. Es werden stattdessen die Vorschriften unter Teil B, Ziffer 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, Ziffer 3 (2). 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.

6. Unbillige Härte

Honorarausgleichsmaßnahmen sind zulässig. Über die Anträge auf Anerkennung einer unbilligen Härte entscheidet der Vorstand. EBM-bedingte Umsatzeinbußen gelten nicht als unbillige Härte im Sinne dieses HVM, ebenso sind Sicherstellungsaspekte zu berücksichtigen.

Teil C Durchführung der Verteilung

1. Vergütung gegenüber dem Arzt

(1) Für Arztgruppen, für die kein RLV oder keine zeitbezogene Kapazitätsgrenze vorgesehen ist, wird, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, die sachlich/rechnerisch anerkannte Leistungsmenge zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Leistungen aus Vorwegabzügen nach Teil A, Ziffer 3 (2) und 3 (3) dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

(2) Leistungen innerhalb von RLV und innerhalb von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina oder zeitbezogenen 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 (2) dieses Honorarverteilungsmaßstabes und der daraus zu vergütenden Leistungsmenge. Leistungen, die 150 % einer Kapazitätsgrenze überschreiten, werden nicht vergütet.

(3) Abweichend von (1) und (2) unterliegen Ärzte und Psychotherapeuten mit einer anteiligen Arztstelle aus Gründen der Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Tätigkeit einer arztgruppenspezifischen Vergütungsobergrenze. Die Vergütungsobergrenze bemisst sich nach dem entsprechenden anteiligen arztstellengewichteten durchschnittlichen Umsatz seiner Arztgruppe im Vorjahresquartal. Diese Regelung bezieht sich für

- Ärzte, die der RLV-Systematik (Regelleistungsvolumen, QZV und Praxisbesonderheiten) unterliegen, auf ihre Honorare innerhalb der RLV-Systematik
- Ärzte, deren Leistungen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, auf ihre Honorare innerhalb der Kapazitätsgrenzen
- für die übrigen Ärzte auf ihre Honorare innerhalb der MGV.

Honoraranteile außerhalb der MGV sowie Kostenerstattungen nach Kapitel 40 EBM bleiben unberücksichtigt.

(4) Vergütungsanteile oberhalb der Vergütungsobergrenze werden abgestaffelt vergütet. Der Abstaffelungsfaktor beträgt 0,1. Der von der KVSH einbehaltene Honoraranteil ((Vergütung – Vergütungsobergrenze) * 0,9) wird den Honorarausgleichsfonds zugeführt.

(5) Von den Regelungen in (3) und (4) können Ärzte ausgenommen werden, die einen vorherigen Arztsitz anteilig übernommen haben.

(6) Ein Ausgleich zwischen den Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft kann nur in besonderen Fällen auf Antrag vorgenommen werden. Dies gilt auch für Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren.

(7) Die Regelungen unter (3) bis (6) gelten ab dem 1. April 2013.

(8) Vertragsärzte, die ihrer Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V nicht nachkommen, werden von zusätzlichen Honorarstützungsmaßnahmen im Bezugszeitraum ausgeschlossen.

2. Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

(1) 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) Von den zur Verfügung stehenden Mitteln nach Teil A Ziffer 1.3 dieses HVM erfolgt ein Vorwegabzug von 2,5 % für ergänzende oder anpassende Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung.

(3) Die KVSH stellt die für die Finanzierung der Kosten der Gesamtorganisation einschl. der Anlaufpraxen (ggf. einschl. der Nachtbereitschaft in Anlaufpraxen) notwendigen Mittel aus den Vorwegabzügen nach Teil A Ziffer 1.3 dieses Honorarverteilungsmaßstabes in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.

(4) 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.

(5) 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 00:00 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.

(6) 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.

- (7) 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 Vorwegabzugs aus Teil A, Ziffer 1.3 (2) dieses Honorarverteilungsmaßstabes gebildet. Abweichend von (2) sind in diesem Betrag die Strukturkosten der Anlaufpraxen enthalten. Für die ärztlichen Dienste wird ein Stundensatz in Höhe von 50 Euro vergütet.
- (8) Zur Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 100 Euro vergütet.
- (9) Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.