

# Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

auf Grundlage des § 87b SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2016

in der Fassung vom 18. November 2015

## Abkürzungen

AMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung; verwendet wird auch der Begriff EGV (extrabudgetäre Gesamtvergütung)
B-BWA	Beschluss des Bewertungsausschusses
B-EBWA	Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Euro-GO	(regionale) Euro-Gebührenordnung
FA	Facharzt
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausarzt
InBa	Institut des Bewertungsausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert
PZV	Punktzahlvolumen
Selektivvertrag	Vertragliche Regelung außerhalb des Kollektivvertrages

## **Anlagenverzeichnis**

Anlage 1      PZV-relevante Arztgruppen

Anlage 2      Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen

Anlage 3      Liste der chronischen Erkrankungen gemäß Anlage 2 dieses HVM

# Allgemeine Bestimmungen

## Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt gemäß § 87b SGB V (GKV-VStG) für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein die Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren sowie an ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Krankenhäuser. Er gilt ferner für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser, soweit sie ambulante Notfalleistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Alle vorstehend genannten Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen werden in diesem HVM aus Vereinfachungsgründen als „Ärzte“ bezeichnet.

## Grundsätze der Vergütung der Ärzte

### (1) Rechtliche Basis der Honorarverteilung

Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Der vorliegende Honorarverteilungsmaßstab regelt die Honorarverteilung ab dem Quartal IV/2013. Es finden die jeweils aktuell gültigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die anzuwendenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berücksichtigung.

### (2) Leistungsabgrenzung

Die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV) nach § 87a Abs. 3 SGB V ergibt sich aus der regionalen Euro-Gebührenordnung sowie ergänzend abgeschlossenen Vereinbarungen. Die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, erfolgt auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung nach den Regelungen dieses HVM.

## Gliederung

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH .....	1
Abkürzungen .....	1
Anlagenverzeichnis .....	2
Allgemeine Bestimmungen.....	3
Gliederung .....	4
Teil A    Grundsätzliche Untergliederung und Trennung der MGV .....	5
1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA).....	5
2. Regelungen innerhalb des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs .....	6
Teil B    Durchführung der Verteilung.....	7
1. Leistungsvergütung vor der Trennung der Versorgungsbereiche .....	7
2. Leistungsvergütung nach Trennung im Versorgungsbereich Hausärzte.....	8
3. Leistungsvergütung nach Trennung im Versorgungsbereich Fachärzte .....	8
Teil C    Bildung und Weiterentwicklung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (PZV und Sonderregelungen) .....	12
1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung, Bildung und Weiterentwicklung von PZV .....	12
2. Bildung von PZV für den Ausgangszeitraum.....	14
3. Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit .....	17
4. Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.) .....	18
5. Unbillige Härte .....	21

## Teil A Grundsätzliche Untergliederung und Trennung der MGV

Die MGV untergliedert sich gemäß den aktuell gültigen Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Teil B, in die folgenden Vergütungsvolumina für

- laboratoriumsmedizinische Leistungen,
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst,
- den hausärztlichen Versorgungsbereich,
- den fachärztlichen Versorgungsbereich,
- den Leistungsbereich Humangenetik gemäß den Vorgaben der KBV, Teil G,
- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- sowie ggf. in bedarfsabhängige Vorwegabzüge, die für regional spezifische Zwecke gebildet werden können.

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

(1) Die Bildung des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „Labor“ erfolgt nach den aktuellen Vorgaben der KBV.

(2) Bildung des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ (Notdienst)

- Unter Berücksichtigung der Schleswig-Holstein-spezifischen Organisations- und Vergütungsstruktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes werden die Grundbeträge mit folgenden Ausgangswerten bestimmt:
  1. Quartal 6.075.000 Euro
  2. Quartal 5.575.000 Euro
  3. Quartal 6.075.000 Euro
  4. Quartal 6.476.375 Euro
- Die Bildung des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt nach den aktuellen Vorgaben der KBV.

(3) Der Vorstand kann Vorwegabzüge für etwaige mit den Vertragspartnern vereinbarte zweckgebundene Mittel der MGV bilden.

(4) Aus den beiden Vergütungsvolumina „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ wird jeweils ein Vorwegabzug in Höhe von 0,5 Prozent gebildet. Hierüber werden Über- und Unterschüsse dieses Vergütungsvolumens, nachträglich zu erfolgende Honorarkorrekturen, Fehlschätzungen im Fremdkassenzahlungsausgleich, nachgelagerte sachlich-rechnerische Korrekturen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und/oder Regresse sowie Unterdeckungen zeitnah ausgeglichen.

Der Vorstand der KVSH entscheidet über die Bildung/Auflösung, die Höhe der Zuführung bzw. der Entnahme. Überschüsse können vom Vorstand der KVSH nach Maßgabe der Vorgaben der KBV auf die Vergütungsvolumen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs verteilt werden.

## 2. Regelungen innerhalb des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs

(1) Nach Maßgabe der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Teil B, werden die Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Grundbetrag gebildet.

(2) Der Vorstand entscheidet über die Bildung und Auflösung der Vorwegabzüge bzw. der Rückstellungen, die Höhe der Zuführung bzw. der Entnahme.

In den Versorgungsbereichen wird ein HA- bzw. FA- Ausgleichsfonds als Vorwegabzug gebildet:

- Es erfolgt eine quartalsweise Zuführung in Höhe von 0,55 Prozent im hausärztlichen und 0,86 Prozent im fachärztlichen Bereich. Hinzu treten als Vorwegabzug – sofern und soweit honorarvertraglich vereinbart – KV-Anteile zur Finanzierung des „Strukturfonds ländlicher Raum“.
- Der Vorstand der KVSH kann darüber hinaus die Bildung (und Auflösung) von zusätzlichen Rückstellungen vorsehen, die zur Abbildung konkreter Umstände notwendig sind und dem Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds zweckgebunden zugeführt werden. Die Bildung derartiger Rückstellungen sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt quartalsweise und versorgungsbereichsspezifisch.
- Aus dem jeweiligen Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds werden Sicherstellungsaufgaben und die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bestritten, die nicht mit einer spezifischen Vorgabe im HVM oder im Sicherstellungsstatut abgedeckt sind. Ebenso werden nachträglich durchgesetzte Ansprüche auf Honorar, welches nicht zur Auszahlung kam und nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen vergütet. Der Vorwegabzug dient ebenfalls als Puffer für Fehlschätzungen im versorgungsbereichsspezifischen Fremdkassenzahlungsausgleich.
- Nachgelagerte sachlich-rechnerische Korrekturen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse werden dem jeweiligen Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds zugeführt. Über- und Unterschüsse in der Honorarverteilung innerhalb des Versorgungsbereichs werden gegenüber diesem Vorwegabzug ausgeglichen. Ebenso werden Unterdeckungen der Vergütungsvolumina vor Trennung (Labor und ärztlicher Bereitschaftsdienst) nach Maßgabe der Vorgaben der KBV gegenüber diesen Vorwegabzügen ausgeglichen. Ein quartalsweiser Stützungsbetrag in Höhe von insgesamt 600.000 Euro wird dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach Maßgabe der Vorgaben der KBV aus diesen Vorwegabzügen zugeführt.

(3) Der Vorstand kann Vorwegabzüge für etwaige mit den Vertragspartnern vereinbarte zweckgebundene Mittel der MGV bilden.

(4) In dem fachärztlichen Versorgungsbereich werden die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „Genetisches Labor“ und Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ gebildet. Maßgeblich für den Zeitraum IV/2013 bis III/2014 sind die Bestimmungen der KBV-Vorgaben, Teil G respektive Teil H. Eine Weiterentwicklung richtet sich nach den Vorgaben der KBV in den Folgejahren. Bestehen keine Vorgaben, so werden die Grundbeträge mit der allgemeinen Steigerungsrate der MGV (Morbiditätsentwicklung) weiterentwickelt.

## Teil B Durchführung der Verteilung

### 1. Leistungsvergütung vor der Trennung der Versorgungsbereiche

(1) Die Vergütung der Leistungen 12210, 12220 und der Leistungen des Kapitels 32 EBM erfolgt nach den aktuellen Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen.

(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 PZV.
- Von den zur Verfügung stehenden Mitteln nach Teil A Ziffer 1 (2) dieses HVM erfolgt ein Vorwegabzug von 2,5 Prozent für ergänzende oder anpassende Strukturmaßnahmen zur Sicherstellung.
- 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 (2) dieses Honorarverteilungsmaßstabes in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.
- Notfalleistungen durch Nichtvertragsärzte werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleistungen von Krankenhäusern und durch ermächtigte Ärzte. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung für die durch das Krankenhaus und durch ermächtigte Krankenhausärzte erbrachten Notfalleistungen – in entsprechender Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V – um einen Abschlag von 10 Prozent zu kürzen.
- Für die ärztlichen Einsatzzeiten wird eine die Einwohnerzahl des Notdienstbezirkes berücksichtigende Normstundenzahl zugrunde gelegt. Innerhalb dieser wird für Notdienstbezirke auf dem Festland eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 50 Euro honoriert. Die ersten beiden Dienststunden in der Anlaufpraxis je Tag je Arzt werden mit 60 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt in der Anlaufpraxis mit 3 Euro honoriert. Im Fahrdienst wird in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 0.00 Uhr (maßgeblich ist der Zeitpunkt der Übergabe durch die Leitstelle) jeder mit einem Besuch einhergehende abgerechnete Fall mit 15 Euro honoriert. In der Zeit zwischen 00.00 Uhr und 08.00 Uhr wird im Fahrdienst abweichend von Satz 2 eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 25 Euro gezahlt. Weiterhin wird in dieser Zeit (maßgeblich ist der Zeitpunkt der Übergabe durch die Leitstelle) jeder mit einem Besuch einhergehende abgerechnete Fall mit 50 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich auf dem Festland die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Bei Insellagen und für vom Vorstand der KVSH beschlossene Modellprojekte werden modifizierende Regelungen getroffen.
- 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.
- Die ärztlichen Dienste im Rahmen der augenärztlichen und HNO-ärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 100 Euro je Stunde honoriert. Die ersten beiden Dienststunden je Tag je Arzt werden mit 110 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt mit 3 Euro honoriert.

- An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Die Praxiskosten sind mit diesem Honorar abgegolten.
- Die ärztlichen Dienste im Rahmen der kinderärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 50 Euro je Stunde honoriert. Die ersten beiden Dienststunden je Tag je Arzt werden mit 60 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt in der Anlaufpraxis mit 3 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Aufgrund der im Verhältnis zum allgemeinärztlichen Dienst größeren Notdienstbezirke werden ab einer Fahrzeit zur Anlaufpraxis von durchschnittlich mehr als 15 Minuten jede weiteren vollen 15 Fahrminuten mit 7,50 Euro honoriert. Diese Regelung gilt auch für die Rückfahrt. Die Berechnung erfolgt montags bis freitags vom Praxisort, samstags, sonntags und feiertags vom Wohnort des Arztes und gilt je Dienst.
- Zur Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 110 Euro vergütet. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die Pauschale um 50 Prozent.
- Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.

## **2. Leistungsvergütung nach Trennung im Versorgungsbereich Hausärzte**

(1) In der MGV enthaltene Kostenpauschalen des Kapitels 40 werden mit dem OW vergütet.

(2) Die Leistungen GOP 03362 EBM sowie die Leistungen der Abschnitte 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 EBM werden mit dem OW vergütet.

(3) Die Leistungen 30702 und 30704 EBM werden mit dem OW vergütet, sofern der Arzt die 30704 EBM im Abrechnungsquartal regelhaft abrechnet.

(4) Die übrigen Leistungen werden im Rahmen arztindividuell ermittelter Punktzahlvolumina (PZV) vergütet. Innerhalb dieser PZV werden Leistungen mit dem OW vergütet, oberhalb abgestaffelt mit einem Punktwert (im Folgenden Restpunktwert), der sich im Moment der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der nicht vergüteten Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens des hausärztlichen Grundbetrags ergibt. Die Berechnung der PZV ist in Teil C geregelt.

(5) Sofern und soweit die honorarvertraglichen Regelungen eine Stützung von MGV-Leistungen vorsehen, werden diese bei Erfüllung der in den Anlagen 2 und 3 genannten Abrechnungsvoraussetzungen mit den dort genannten Zuschlägen vergütet.

(6) Das Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags wird unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Abrechnung bekannten Versichertenzahlen angepasst.

(7) Hausärzte in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (4) in Höhe von 10 Prozent.



### 3. Leistungsvergütung nach Trennung im Versorgungsbereich Fachärzte

(1) In der MGV enthaltene Kostenpauschalen des Kapitels 40 werden mit dem OW vergütet.

(2) Die Leistungen im Vergütungsvolumen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM) werden mit dem OW vergütet.

(3) Leistungen aus Kapitel 20 der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Leistungen nach Kap. 20 EBM) werden mit dem OW vergütet, solange für diese Leistungen eine zweckgebundene Aufstockung der MGV mit den Krankenkassen vereinbart ist.

(4) Leistungen, die im Rahmen psychotherapeutischer Notfälle auf Anforderung der Arzttrufzentrale Ärztlicher Bereitschaftsdienst KV Schleswig-Holstein erbracht werden, werden mit dem OW vergütet.

(5) Die Leistungen 30702 und 30704 EBM werden mit dem OW vergütet, sofern der Arzt die 30704 EBM im Abrechnungsquartal regelhaft abrechnet.

(6) Die Leistungen 05210 bis 05212, 05230Z, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 EBM werden mit dem OW vergütet, wenn sie im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind.

(7) Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies jeweils auf eine volle Arztstelle ab; für Ärzte mit anteiligen Arztstellen wird ein entsprechend anteiliges arztstellengewichtetes Durchschnitts-PZV „Genetisches Labor“ der Arztgruppe als PZV-Obergrenze gebildet. Die „Durchschnitts-PZV“ der Arztgruppen sind die Mediane der auf eine ganze Arztstelle hochgerechneten arztbezogenen, auf Basis des Vorjahresquartals berechneten oder weiterentwickelten PZV. Bei der Berechnung des Durchschnitts-PZV werden alle Ärzte (inkl. Wachstumsärzte und Ermächtigte, ausgenommen teilermächtigte Ärzte) mitgezählt. Für die Quartale IV/2013 bis III/2014 werden quartalsweise PZV "Genetisches Labor" je Arzt mit dem nachfolgend beschriebenen Verfahren ermittelt.

- In die Berechnung geht das rechnerisch für das jeweilige Quartal zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen des Grundbetrags "Genetisches Labor", unter Berücksichtigung der Vergütung entsprechender Leistungen bereichsfremder Ärzte für bereichseigene Versicherte, mit einem Vorwegabzug in Höhe von 10 Prozent ein. Aus dem Vorwegabzug werden Leistungen neuer Ärzte in diesem Leistungsbereich vergütet.
- Aus den Vergütungsvolumen gemäß 1. Spiegelstrich und den Leistungsbedarfen des genetischen Labors der Quartale IV/2012 bis III/2013 werden quartalsbezogene Vergütungsquoten gebildet, bei denen rechnerisch die entsprechend quotierte Leistungsmenge mit dem OW und die darüber hinaus gehende Leistungsmenge mit dem Punktwert von 4 Cent vergütet werden könnte.
- Das arztindividuelle PZV „Genetisches Labor“ wird quartalsbezogen aus dem Leistungsbedarf des Arztes in dem entsprechenden Basisquartal (IV/2012 bis III/2013), multipliziert mit der für das Quartal ermittelten Vergütungsquote gemäß 2. Spiegelstrich, bestimmt. Die ab dem 1. Oktober 2013 geltenden EBM-Bewertungen der Leistungen werden dabei berücksichtigt. Ärzten, die in einem Basisquartal keine Leis-

tungen des genetischen Labors abgerechnet haben, wird im Rahmen der tatsächlichen Honorarabrechnung ab erstmaliger Leistungserbringung des genetischen Labors für längstens 20 Quartale maximal ein durchschnittliches PZV „Genetisches Labor“ zur Verfügung gestellt.

- Auch für Ärzte, bei welchen das Basisquartal innerhalb der ersten 20 Quartale nach erstmaliger Erbringung von Leistungen des PZV „Genetisches Labor“ liegt, wird ab erstmaliger Leistungserbringung des genetischen Labors für längstens 20 Quartale maximal ein durchschnittliches PZV „Genetisches Labor“ zur Verfügung gestellt.
- Das PZV gemäß 3. Spiegelstrich wird mit der arztindividuellen Vergütungsquote dieses Leistungsbereichs im Basisquartal korrigiert, wobei diese Quote auf maximal 1 begrenzt wird.
- Innerhalb des arztindividuellen PZV werden die Leistungen mit dem OW vergütet, Leistungen darüber hinaus mit einem Restpunktwert, der sich im Moment der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der nicht vergüteten Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens gemäß 1. Spiegelstrich ergibt, maximal in Höhe des Restpunktwertes gemäß Teil B, Ziffer 3, Absatz (8) ggf. in Verbindung mit (11).
- Das PZV steht ausschließlich zur Vergütung der Leistungen des genetischen Labors zur Verfügung.
- In der Folgezeit mit dem Quartal IV/2014 werden die PZV „Genetisches Labor“ weiterentwickelt. Dabei wird die leistungsbereichsbezogene durchschnittliche Auslastung der PZV „Genetisches Labor“ im Vorjahresquartal ermittelt. Bei Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren werden Ärzte mit dem PZV „Genetisches Labor“ bei der Ermittlung der Auslastung gemeinsam betrachtet. Liegt die Praxis über der durchschnittlichen Auslastung, erhöht sich das PZV „Genetisches Labor“ des Arztes, welcher mit seiner individuellen Auslastung im PZV „Genetisches Labor“ im Vorjahresquartal über dem Durchschnitt im Leistungsbereich liegt. Wird das PZV „Genetisches Labor“ in zwei aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 10 Prozent unterschritten, so wird das PZV „Genetisches Labor“ im Folgejahr reduziert, erstmalig für das zweite der beiden Quartale. Die Absenkung beträgt die Hälfte der prozentualen Unterschreitung.
- Für die Weiterentwicklung des PZV „Genetisches Labor“ steht insgesamt das Punktevolumen (Zugewinnmenge) zur Verfügung, das sich aus dem bisherigen Grundbetrag „Genetisches Labor“, multipliziert mit der Veränderungsrate der MGV („Morbidity“), maximal 1,5 Prozent, unter Umrechnung mit dem jeweils aktuellen Orientierungswert, ergibt. Es sei denn, seitens der KBV erfolgen anderslautende Vorgaben.
- Diese Zugewinnmenge wird arztindividuell nach dem proportionalen Anteil seiner der durchschnittlichen Auslastung überschreitenden Leistungsmenge verteilt. Dieses wird durch die doppelte Morbidity, jedoch maximal auf höchstens 3 Prozent, nach oben begrenzt.
- EBM-Änderungen werden nach Inkrafttreten hinsichtlich ihrer Auswirkungen im Versorgungsbereich überprüft und können zur Korrektur der PZV in der Folgezeit führen. Gleiches gilt für Änderungen der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

(8) Die übrigen Leistungen werden im Rahmen arztindividuell ermittelter PZV vergütet. Innerhalb dieser PZV werden Leistungen mit dem OW vergütet, oberhalb mit einem Restpunktwert, der sich im Moment der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der nicht vergüteten Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags ergibt. Die Berechnung der PZV ist in Teil C geregelt.

(9) Sofern und soweit die honorarvertraglichen Regelungen eine Stützung von MGV-Leistungen vorsehen, werden diese bei Erfüllung der in Anlage 2 und 3 genannten Abrechnungsvoraussetzungen mit den dort genannten Zuschlägen vergütet.

(10) Das Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags wird unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Abrechnung bekannten Versichertenzahlen angepasst.

(11) Fachärzte in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (8) in Höhe von 10 Prozent.

## **Teil C Bildung und Weiterentwicklung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (PZV und Sonderregelungen)**

### **1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung, Bildung und Weiterentwicklung von PZV**

(1) Die „Durchschnitts-PZV“ der Arztgruppen nach Anlage 1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind die Mediane der auf eine ganze Arztstelle hochgerechneten arztbezogenen, auf Basis des Vorjahresquartals berechneten oder weiterentwickelten PZV. Bei der Berechnung des Durchschnitts-PZV werden alle Ärzte (inkl. Wachstumsärzte und Ermächtigte, ausgenommen teilermächtigte Ärzte) mitgezählt.

Für die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung wird das Durchschnitts-PZV der Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung herangezogen.

Das Durchschnitts-PZV für Schmerztherapeuten gemäß Teil B, 2. (3) und 3. (5) ist das Durchschnitts-PZV der jeweiligen Arztgruppe nach Anlage 1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes, multipliziert mit der ambulant kurativen Behandlungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal und geteilt durch die durchschnittliche, ambulant kurative Behandlungsfallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal, maximal jedoch das Durchschnitts-PZV der Arztgruppe.

(2) Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies jeweils auf eine volle Arztstelle ab; für Ärzte mit anteiligen Arztstellen wird ein entsprechend anteiliges arztstellengewichtetes durchschnittliches PZV der Arztgruppen als PZV-Obergrenze gebildet. Eine Wachstumsphase nach Teil C 4. (3) gilt nicht. Im Übrigen gelten die Regelungen dieses HVM analog.

- Von der Regelung für anteilige Arztstellen können Ärzte auf Antrag ausgenommen werden, die einen vorher bestehenden Sitz anteilig mit dem Ziel einer gemeinsamen Fortführung übernommen haben. Die Regelung für anteilige Arztstellen findet bei teilermächtigten Ärzten, ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen oder Institutionen keine Anwendung.
- Analog der EBM-bedingten Aufschläge für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften erhalten die fachgleichen Teile innerhalb einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis im fachärztlichen sowie im hausärztlichen Versorgungsbereich zur Ermittlung der PZV einen Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

(3) Soweit nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, umfasst der Begriff „Praxis“ die folgenden Berufsausübungsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten, einschl. Psychotherapeuten sowie Ermächtigungen: Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaften (fachgleich, fachungleich, ortsübergreifend, KV-übergreifend), MVZ, Teilberufsausübungsgemeinschaften.

(4) Einem Arzt, der außerhalb der KV Schleswig-Holstein zugelassen ist und mit schleswig-holsteinischen Ärzten eine KV-übergreifende Praxis bildet, wird kein PZV zugewiesen. Die PZV-Zuweisungen für die Ärzte sämtlicher Betriebsteile einer überörtlichen Praxis im Bereich der KV Schleswig-Holstein erfolgen einheitlich gegenüber der überörtlichen Praxis an dem von ihr gewählten Hauptsitz.

(5) Für Vertragsärzte, die mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, gilt grundsätzlich der Tätigkeitsschwerpunkt, um die Höhe der zutreffenden PZV zu bestimmen. Bei fachärztlichen Internisten erfolgt eine Zuordnung entsprechend ihres eingetragenen Schwerpunktes (zulassungsrechtlich).

(6) Vollermächtigte Ärzte werden grundsätzlich wie niedergelassene Vertragsärzte eingestuft. Um eine Vollermächtigung handelt es sich im Sinne dieses HVM, 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.

(7) Teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten ein PZV nach den Bestimmungen unter Teil C 4. (14).

(8) Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit Sitz in Planungsbereichen, die einen Versorgungsgrad von weniger als 90 Prozent aufweisen, erhalten einen Zuschlag in Höhe von 5 Prozent auf ihre PZV. Dieser Aufschlag ist zeitlich so lange begrenzt, bis der Versorgungsgrad mindestens 90 Prozent erreicht. Auf das Durchschnitts-PZV, welches Wachstumsärzten zugeteilt wird, wird kein 5 Prozent-Zuschlag gewährt. Bei der Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit ist der 5 Prozent-Zuschlag als Bestandteil des bisherigen PZV zu betrachten.

(9) Sofern der Arzt an Verträgen teilnimmt, die eine Bereinigung der MGV erfordern (z. B. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V), wird das arztindividuelle PZV entsprechend der KBV-Vorgaben bereinigt.

- Der MGV-Bereinigungsbetrag wird je oben genannten Vertrag entsprechend des jeweiligen MGV-Bereinigungsvertrages zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse ermittelt.
- Gemäß den aktuell gültigen Vorgaben der KBV ist sicherzustellen, dass der arztseitig zu bereinigende Gesamtbereinigungsbetrag je Quartal in seiner Höhe dem nach Spiegelstrich 1 ermittelten MGV-Bereinigungsbetrag entspricht.
- Die Absenkung des jeweiligen arztindividuellen PZV erfolgt proportional zum Anteil des Arztes am insgesamt festgestellten MGV-Bereinigungsbetrag unter Spiegelstrich 1. Entscheidend ist der Anteil des arztindividuellen Leistungsbedarfes des Vorjahresquartals bei sogenannten Neueinschreibern. Neueinschreiber sind Versicherte, die im zu bereinigenden Quartal an einem Selektivvertrag teilnehmen und die im Vorjahresquartal noch nicht teilgenommen haben.

(10) Die MGV ist nach Maßgabe der Vorgaben des BWA nach § 87a V 7 SGB V in den Vereinbarungen nach § 87a III SGB V um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ASV sind. Der vereinbarte kassenseitige MGV-Bereinigungsbetrag wird im entsprechenden Folgejahresquartal des MGV-Bereinigungsquartals bei der Bereinigung der PZV sowie der Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs wie folgt berücksichtigt:

- Arztindividuelle Bereinigung des ASV-Teilnehmers  
Für die von der ASV betroffenen Facharztgruppen wird indikationsspezifisch ein entsprechender prozentualer Leistungsbedarfsanteil an der Summe des ausgezahlten bereichseigenen Honorars für PZV-relevante Leistungen des Vorjahresquartal gebildet. Entscheidend hierfür ist der entsprechende „Appendix – Ab-

schnitt 1“ des jeweiligen G-BA-Beschlusses. Das PZV des jeweiligen ASV-Teilnehmers wird sodann indikationsspezifisch um den jeweils arztindividuell zuordenbaren Anteil am ermittelten Leistungsbedarf seiner Facharztgruppe des Vorjahresquartals bereinigt; maximal begrenzt auf die entsprechend indikationsspezifische arztindividuelle Patientenzahl des Vorjahresquartals und ggf. gewichtet mit einer Quote (arztindividuell von den Krankenkassen mitgeteilte ASV-Patientenzahl des Vorjahresquartals dividiert durch die entsprechende indikationsspezifische arztindividuelle Patientenzahl des Vorjahresquartals).

- Bereinigung der von der ASV betroffenen Facharztgruppen („potenzielle ASV-Teilnehmer“)  
Die PZV aller Ärzte der jeweils (potenziell) betroffenen Facharztgruppe werden bereinigt um die verbleibende Differenz zwischen dem Leistungsbedarf der jeweiligen Facharztgruppe am bereichseigenen Bereinigungsbetrag für PZV-relevante Leistungen und der Summe des Leistungsbedarfs der teilnehmenden Ärzte der entsprechenden Facharztgruppe sowie den im Vorjahresquartal kassenseitig bereinigten Gesamt-MGV-Bereinigungsbetrag abzüglich bereichsfremder Leistungen sowie der bereits unter Spiegelstrich 1 arztindividuell bereinigten Beträge, welcher dann entsprechend den unter Spiegelstrich 1 ermittelten Anteiligkeiten der jeweiligen Facharztgruppe aufgeteilt wird.
- Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs/Humangenetik  
Die Vergütungsvolumen der Humangenetik sowie des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden jeweils zulasten des Restpunktwertes reduziert um die entsprechende Summe der ASV-Leistungen, welche im jeweiligen Vorwegabzug vergütet werden sowie die entsprechenden jeweiligen bereichsfremden Leistungen. Weitere bislang unbekannte „nicht zuordenbare Restgrößen“ werden nach gleicher Systematik bereinigt.

Bei Anwendung der Höchstwertregelung (gemäß B-BWA) wird bei der Bestimmung der zu bereinigenden Patientenzahl der Höchstwert im Verhältnis der tatsächlich abgerechneten ASV-Patienten aufgeteilt.

Soweit die Festlegung zur Bereinigung nach den vorstehend genannten Grundsätzen einer weiteren Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln.

## **2. Bildung von PZV für den Ausgangszeitraum**

Für die Quartale IV/2013 bis III/2014 werden quartalsweise PZV je Arzt im Tabellenteil A der in Anlage 1 zu diesem Honorarverteilungsmaßstab genannten Arztgruppen mit dem nachfolgend beschriebenen Verfahren ermittelt. Für Arztgruppen der im Tabellenteil B der Anlage 1 genannten Arztgruppen werden PZV nach dem nachfolgend beschriebenen Verfahren für die Quartale II/2014 bis I/2015 gebildet.

### **(1) Ausgangswerte der Berechnung**

In die Berechnung geht das rechnerisch für das jeweilige Quartal zur Durchführung der Schritte Teil B 2. (4) und Teil B 3. (8) zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen „V“ ein. Zusätzliche Mittel, welche über die mit den Krankenkassen verhandelte prozentuale Veränderungsrate der MGV („Morbi-Rate“) hinausgehen, werden für die Berechnung der PZV nicht berücksichtigt, sofern in der Vereinbarung nach Paragraph 87a SGB V nichts Abweichendes geregelt ist. Es wird jeweils grundsätzlich die Leistungsmenge „L“ aus den korrespondierenden Basisquartalen IV/2012 bis III/2013 mit Umrechnung auf die ab IV/2013 geltenden Punktzahlen im EBM berücksichtigt, welche in

der Systematik der PZV zu vergüten ist. Für Ärzte der Arztgruppen des Tabellenteils B der Anlage 1 sind die Basisquartale die Quartale II/2013 bis I/2014.

Es finden nur die EBM-Änderungen Berücksichtigung, die zum Zeitpunkt der Berechnung der Ausgangswerte für die PZV veröffentlicht sind. Danach veröffentlichte Änderungen werden zum nächstmöglichen Quartal umgesetzt.

Aufgrund der hausärztlichen EBM-Änderungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 ist eine Anpassung der eingehenden Leistungsmengen aus den Basisquartalen vorzunehmen. Die Änderungen des hausärztlichen EBM werden größtenteils per Umrechnung, teils normativ berücksichtigt. Die angepasste Leistungsmenge wird wie folgt artzindividuell – unter Berücksichtigung von EBM-bedingten Aufschlägen für BAG, MVZ und Schwerpunktpraxen – ermittelt:

- Die Versichertenpauschalen GOP 03110-03112, 04110-04112 EBM, die Versichertenpauschalen im Vertretungsfall GOP 03120-03122, 04120-04122 EBM sowie die Versichertenpauschalen bei unvorhergesehener Inanspruchnahme GOP 03130, 04130 EBM werden gemäß Altersbezug der Versicherten in die neuen Pauschalen GOP 03000, 03010, 03030, 04000, 04010 und 04030 EBM umgesetzt.
- Die Chronikerziffern GOP 03212 und 04212 EBM werden in die neuen GOP 03221 und 04221 EBM umgesetzt, sofern in dem jeweiligen Behandlungsfall die Zusatzpauschale GOP 03040 oder 04040 EBM zugesetzt wurde.
- Die neuen Zusatzpauschalen GOP 03040 und 04040 EBM werden in den Behandlungsfällen der Basisquartale hinzugesetzt, die den Bedingungen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags entsprechen. Eine Differenzierung der Zusatzpauschalen GOP 03040 und 04040 EBM nach der Fallzahlgröße der Praxis erfolgt nicht. In Behandlungsfällen, bei denen die neuen GOP 03010 und 04010 EBM angesetzt sind, werden die Zusatzpauschalen in halber Höhe zugesetzt. Dies gilt analog bei Behandlungsfällen, bei denen die neuen GOP 03030 und 04030 EBM angesetzt sind.
- Für jeden Behandlungsfall (bei kooperativen Praxisstrukturen ist dabei der artzanteilige Behandlungsfall gemeint) der Basisquartale werden 45 Punkte zur normativen Berücksichtigung des problemorientierten ärztlichen Gesprächs GOP 03230 und 04230 EBM zugesetzt.

Sofern Leistungen aus dem PZV in die aMGV bzw. in den Vorwegabzug vor bzw. nach Trennung verlagert oder zurückgeführt werden, werden die PZV artzindividuell angepasst. Dabei sind Auswirkungen auf den gesamten Versorgungsbereich zu berücksichtigen und entsprechend zu korrigieren. Das artzindividuelle PZV wird quartalsbezogen – spätestens zum Zeitpunkt der jeweiligen Abrechnung – um den entsprechenden prozentualen Forderungsanteil der zu bereinigenden Leistungen an allen PZV-relevanten Forderungen des Arztes bereinigt, maximal jedoch in der Höhe der zu bereinigenden Forderung.

## (2) Bildung einer versorgungsbereichsspezifischen Quote

- Zur rechnerischen Gegenfinanzierung der Vorgabe zur Dämpfung der Auswirkungen wird ein Vorwegabzug von 2 Prozent vom zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen gebildet.
- In Erwartung von im Einzelfall mit Einführung dieser Systematik als begründet anzusehenden Härtefallregelungen wird eine rechnerische Rückstellung von 1 Prozent vom zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen gebildet. Dieser Puffer stabilisiert den Restpunktwert im Moment der Anwendung des HVM.

- Sodann wird diejenige versorgungsbereichsspezifische Quote „Q“ ermittelt, bei der rechnerisch die entsprechend quotierte Leistungsmenge mit dem OW und die darüber hinaus gehende Leistungsmenge mit dem Punktwert von 4 Cent vergütet werden könnte. In Formeln ausgedrückt lautet die Berechnungsvorgabe  $0,97 \times V = Q \times L \times OW + (1-Q) \times L \times 4 \text{ Cent}$ .

### (3) Prozess der Dämpfung der Auswirkung zwischen den Arztgruppen

- Begünstigungen oder Benachteiligungen in Arztgruppen aufgrund von Ausdeckelung oder Rückführung extrabudgetärer Leistungen aus der bzw. in die MGV in den Basisquartalen werden bei der Bestimmung der arztgruppenspezifischen Quoten ausgeglichen.
- Es wird fiktiv unterstellt, dass jeder Arzt ein PZV erhält, welches sich aus der Multiplikation der versorgungsbereichsspezifischen Quote und seiner anerkannten Punktzahlanforderung nach sachlich-rechnerischer Prüfung ergibt. Sodann wird rechnerisch die Leistungsmenge im jeweiligen PZV mit dem OW und die darüber hinausgehende Leistungsmenge mit 4 Cent vergütet.
- Das sich daraus rechnerisch ergebende Vergütungsvolumen je Arztgruppe wird mit der tatsächlichen Vergütung der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal verglichen. Dazu wird zur Herstellung einer Vergleichbarkeit das Honorar aus dem Vorjahresquartal so angepasst, dass die Summe der Honorare im Versorgungsbereich dem zur Verfügung stehenden rechnerischen Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich entspricht. Hierbei erfolgt insbesondere die Berücksichtigung eines relativen MGV-Rückgangs (z.B. Rückgang der Versichertenzahlen), von Honorarausgleichsmaßnahmen, von eventuellen Überzahlungen und Verlagerungen von Leistungen aus der MGV in die aMGV.
- Es wird jeweils ein arztgruppenspezifischer Korrekturfaktor gebildet, der die verlierenden Gruppen auf einen einheitlichen maximalen Verlust justiert. Hierfür stehen die Mittel aus Teil C 2. (2) 1. Spiegelstrich zur Verfügung, maximal jedoch so viel, wie zur Finanzierung eines einheitlichen maximalen Verlustes von 0,25 Prozent erforderlich ist. Der gegebenenfalls nicht aufgebrauchte Anteil aus dem Vorwegabzug Teil C 2. (2) 1. Spiegelstrich wird zur Steigerung der entsprechenden versorgungsbereichsspezifischen Quote herangezogen.
- Im Ergebnis entsteht eine arztgruppenspezifische Quote aus dem Produkt der versorgungsbereichsspezifischen Quote nach Teil C 2. (2) mit dem etwaigen arztgruppenspezifischen Korrekturwert nach Teil C 2. (3).

### (4) Bildung der arztindividuellen PZV bzw. PZV in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

- Es wird ein arztindividueller Anpassungsfaktor als Quotient aus arztindividuellem Durchschnittspunktwert und arztgruppenspezifischem Durchschnittspunktwert für die dem PZV unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal gebildet.
- Das PZV entsteht durch Multiplikation der arztgruppenspezifischen Quote mit der dem PZV unterliegenden Leistungsmenge des Arztes aus dem Basisquartal und dem arztindividuellen Anpassungsfaktor nach Teil C 2. (4) 1. Spiegelstrich.
- In Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ ergibt sich ein Gesamt-PZV durch Addition der arztindividuellen PZV.

### (5) Sonderregelungen für das PZV für Fachärzte für Augenheilkunde („GOP 06225 EBM“)

- Fachärzten für Augenheilkunde wird, sofern sie im Vorjahresquartal die GOP 06225 EBM berechtigt abrechnen haben, den auf die GOP 06225 EBM entfallenden Anteil ihres PZV zweckgebunden zugewiesen. Die Zuweisung erfolgt nur dann, wenn der Arzt die Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM im Abrechnungsquartal erfüllt. Der zweckgebundene Anteil des PZV ist mit dem übrigen PZV der Praxis bzw. der BAG nicht verrechenbar.



- Die Wachstumsgrenze der Fachärzte für Augenheilkunde wird ohne das PZV „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.
- 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 diese Leistungen zum OW vergütet.
- Fachärzten für Augenheilkunde, die im Vorjahresquartal ein PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ erhalten haben und die Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM die GOP 06225 weiterhin erfüllen, erhalten weiterhin ein PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“.
- Bei der Weiterentwicklung der PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ werden dieses PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ und das „normale“ PZV gemeinsam betrachtet und analog der Regelung zu Teil C, 3. weiterentwickelt. Nach der generellen Weiterentwicklung erhalten sie den bereits für die Basisquartale ermittelten Anteil ihres PZV zweckgebunden als PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“.

(6) Sonderregelungen für die Arztgruppen des Tabellenteils B der Anlage 1

- Die Absätze (2) und (3) sowie die beiden ersten Spiegelstriche des Absatzes (4) finden bei den Arztgruppen des Tabellenteils B der Anlage 1 keine Anwendung.

### 3. Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit

Die artzindividuellen PZV in der Folgezeit, erstmalig beginnend mit dem Quartal IV/2014, bei den Arztgruppen des Tabellenteils B der Anlage 1 erstmalig beginnend mit dem Quartal II/2015, ergeben sich bei PZV-Überschreitungen aus dem bisherigen PZV zzgl. eines etwaigen Zugewinnvolumens. Bei Unterschreitung des bisherigen PZV wird dieses ggf. reduziert.

(1) Es wird die artzindividuelle und die gruppenspezifische durchschnittliche Auslastung der PZV ermittelt. Fachgleiche Teile von Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren werden bei der Ermittlung der individuellen Auslastung gemeinsam betrachtet. Ärzte mit einer anteiligen Arztstelle nehmen an dem Verfahren nicht teil, weil diese entweder das maximale anteilige durchschnittliche PZV erhalten oder aber als unterdurchschnittlich gelten und deren PZV nach den Bestimmungen von Teil C 1. (2) festgelegt werden.

(2) Liegt die individuelle Auslastung über der gruppenspezifischen durchschnittlichen Auslastung, so nimmt der Arzt mit seiner diese Grenze überschreitenden Leistungsmenge am Zugewinn mit Wirkung für das entsprechende Quartal des Folgejahres teil.

(3) Für das Wachstum von PZV steht insgesamt die mit den Krankenkassen verhandelte und nicht zweckgebundene prozentuale Veränderungsrate der MGV („Morbirate“), maximal 1,5 Prozent, zur Verfügung. Diese Rate wird auf die Summe aller bis zum Zeitpunkt der Berechnung der Weiterentwicklung für das jeweilige weiterzuentwickelnde

Quartal bekannte PZV des Versorgungsbereichs angewandt und ergibt das maximal zu verteilende PZV (Zugewinnmenge).

(4) Diese Zugewinnmenge wird nach dem proportionalen Anteil der nach (2) definierten Überschreitungsmengen arztindividuell verteilt und ergibt das arztindividuelle Zugewinnvolumen. Dieses ist durch die doppelte Morbirate, jedoch maximal auf höchstens 3 Prozent, nach oben begrenzt.

(5) Wird das PZV in zwei aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 10 Prozent unterschritten, so wird das PZV im Folgejahr reduziert, erstmalig für das zweite der beiden Quartale. Die Absenkung beträgt die Hälfte der prozentualen Unterschreitung.

(6) EBM-Änderungen werden nach Inkrafttreten hinsichtlich ihrer Auswirkungen in den Versorgungsbereichen überprüft und können zur Korrektur der PZV in der Folgezeit führen. Gleiches gilt für Änderungen der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung.

Sofern Leistungen aus den PZV in die aMGV bzw. in den Vorwegabzug vor bzw. nach Trennung verlagert oder zurückgeführt werden, werden die PZV arztindividuell spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung angepasst. Das Gleiche gilt für MGV-Leistungen, für die Krankenkassen zweckgebundene MGV-Erhöhungen im Rahmen der Honorarvereinbarung bereitstellen. Dabei sind Auswirkungen auf den gesamten Versorgungsbereich zu berücksichtigen und entsprechend zu korrigieren. Das arztindividuelle PZV wird quartalsbezogen nach gegebenenfalls vorzunehmender Weiterentwicklung – spätestens zum Zeitpunkt der jeweiligen Abrechnung – um den entsprechenden prozentualen Forderungsanteil der zu bereinigenden Leistungen an allen PZV-relevanten Forderungen des Arztes bereinigt, maximal jedoch in der Höhe der zu bereinigenden Forderung.

#### **4. Sonderregelungen (Wachstumspraxen, Praxisbesonderheiten etc.)**

(1) Für Ärzte mit unterdurchschnittlichem PZV (ohne Neupraxen, Wachstumspraxen, Ermächtigte und Institutionen und Einrichtungen) gilt ein Mindest-PZV je Arzt in Höhe von 50 Prozent des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe. Die Differenz zwischen dem nach Teil C, 2 und 3 berechneten PZV und dem Mindest-PZV kann nur durch die Leistungssteigerung des Arztes mit unterdurchschnittlichem PZV beansprucht werden, indem er sie durch selbst erwirtschafteten Leistungsbedarf ausfüllt; dies ist somit an ein individuelles Wachstum des Arztes gebunden. Bei Überschreitungen eines unterdurchschnittlichen PZV werden arztindividuelle Leistungssteigerungen gegenüber der zur Berechnung der PZV maßgeblichen Leistungsmenge bis zu einer Höhe von 10 Prozentpunkten des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe unmittelbar als Zugewinn des PZV bis zum Erreichen des Durchschnitts-PZV für das Folgejahresquartal wirksam.

(2) Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren (Neuarzt), erhalten ihre Forderung bis zum Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit dem Rest-

punktwert vergütet, in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ innerhalb des Gesamt-PZV nach Teil C 2. (4), letzter Spiegelstrich.

(3) Wachstumsärzte sind Ärzte, deren Vorjahresquartal innerhalb der ersten 16 Quartale nach Niederlassung liegt. Sie erhalten ein auf Basis ihres Vorjahresquartals gebildetes PZV gemäß der Regelung zur Bildung und Weiterentwicklung der PZV dieses Honorarverteilungsmaßstabes zugewiesen. Die Forderungen dieser Ärzte werden bis zum Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit dem Restpunktwert vergütet, in Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ innerhalb des Gesamt-PZV nach Teil C 2. (4), letzter Spiegelstrich.

(4) Erreicht der Neuarzt bzw. Wachstumsarzt innerhalb der Wachstumsphase mit der anerkannten Punktzahlanforderung das Durchschnitts-PZV seiner Arztgruppe, so erhält er für das entsprechende Quartal des Folgejahres das Durchschnitts-PZV seiner Arztgruppe zzgl. einer Steigerung des PZV aufgrund der Überschreitung des Durchschnitts-PZV nach Teil C 3. Damit läuft die Sonderregelung aus.

(5) Weist der Arzt auf Basis der letzten vier Quartale innerhalb der Wachstumsphase (20 Quartale nach Niederlassung) eine gegenüber dem Durchschnitts-PZV seiner Arztgruppe unterdurchschnittliche anerkannte Punktzahlanforderung auf, so wird ihm letztmalig seine Forderung bis zum Durchschnitts-PZV seiner Arztgruppe zum OW vergütet. Im Folgejahresquartal bildet bei weiter bestehender Unterdurchschnittlichkeit die abgerechnete sachlich anerkannte Leistungsmenge das PZV. Für die Folgezeit gilt die Regelung unter Teil C 4. (1).

(6) Mit Übernahme eines Praxissitzes nach § 103 Abs. 4 SGB V bzw. bei Nachbesetzung einer Arztstelle wird dem Praxisübernehmer/Nachfolger die zur Berechnung des PZV maßgebliche anerkannte Punktzahlanforderung des Vorgängers des entsprechenden Vorjahresquartals übertragen, sofern die Praxis in einem Umkreis von höchstens 500 m fortgeführt wird. Sofern der übernommene Praxissitz bzw. die nachbesetzte Arztstelle bereits im Vorjahresquartal über ein PZV verfügt hat, so wird dieses übertragen. Ist dies nicht der Fall, oder liegt dieses so ermittelte bzw. bestehende PZV unterhalb des Arztgruppendurchschnitts, so gelten die Regelungen nach Teil C 4. (2) und (3) dieses Honorarverteilungsmaßstabes. Verzichtet ein Arzt zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung und führt die ehemalige Zulassung im Rahmen einer Anstellung fort, so gilt dies nicht als Nachfolge im Sinne dieses HVM.

(7) Bei Rückgabe der Zulassung oder Beendigung der Anstellung eines Praxispartners ohne Nachfolger bleibt das PZV einer Praxis insgesamt für die folgenden vier Quartale erhalten, sofern die Arztgruppe des ausscheidenden Praxispartners weiterhin in der Praxis vertreten sein wird. Das PZV des ausscheidenden Praxispartners wird den verbliebenen Partnern gleicher Fachrichtung zu gleichen Teilen zugeordnet. Somit erhöht sich das PZV der verbliebenen Partner, ggf. erhalten Wachstumsärzte einen Aufschlag auf das Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe.

Nimmt innerhalb dieses Zeitraums ein Nachfolger seine Tätigkeit auf, so kommt die Regelung unter Teil C 4. (6) zum Tragen. Bei ortsübergreifenden Praxen gilt dies nur dann, wenn die Praxissitze im Umkreis von 500 m bestanden. Das PZV des ausgeschiedenen Partners bleibt nicht weiter erhalten. Auch bei der Weiterentwicklung in der

Folgezeit wird das PZV des ausgeschiedenen Praxispartners nicht weiter berücksichtigt. Nimmt nach diesem Zeitraum ein Nachfolger seine Tätigkeit auf, so wird der ursprünglich seinem Vorgänger zuordenbare PZV-Anteil analog Teil C 4. (6) auf ihn übertragen und aus dem bestehenden PZV der verbliebenen Praxispartner herausgelöst. Bei den beiden vorgenannten Sätzen gilt eine Übergangszeit von zwei Quartalen, in denen sich die verbliebenen Partner strukturell und wirtschaftlich auf die neue Situation einstellen können. Hiervon kann der Vorstand auf Antrag unter Berücksichtigung von Sicherstellungsaspekten abweichende Entscheidungen treffen.

(9) Bei der Zusammenlegung von Praxen werden bestehende PZV zusammengefasst. Für Wachstumsärzte gelten hierbei die Regelungen nach Teil C 4. (2) und (3) dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

(10) Bei Auflösung einer Praxis werden den entstehenden Praxen die über die LANR zuordenbaren PZV der bisherigen Praxis für die vier auf die Trennung folgenden Quartale zugeordnet. Abweichend davon kann von den Partnern gemeinsam und einvernehmlich eine andere Aufteilung der PZV beantragt werden, sofern dadurch keine gesonderte Wachstumsmöglichkeit zu Lasten der MGV herbeigeführt wird.

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

(12) Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt- und praxisbezogene PZV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden aufgrund von:

- 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 anerkannten Punktzahlanforderung des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

(13) Stellt eine Praxis ein Leistungsangebot aus dem Bereich der PZV auf Dauer ein und werden diese von anderen Praxen übernommen, so können die PZV entsprechend angepasst werden.

(14) Für teilmächtige Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen finden die vorgenannten Regelungen keine Anwendung. Diese erhalten ein individuell berechnetes PZV wie folgt:

- Wurden im Quartal des Vorjahres noch keine Leistungen erbracht, so wird einmalig ein Durchschnitts-PZV der Arztgruppe zugeordnet.
- Spätestens ab dem fünften Quartal ihrer Tätigkeit erhalten teilmächtige Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen ein PZV auf Basis ihrer anerkannten Punktzahlanforderungen dieses Leistungsbereiches im eigenen Vorjahresquartal, maximal das Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe.

- Sofern teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen im Vorjahresquartal ein PZV auf Basis ihrer eigenen Leistungsmenge im Vorvorjahresquartal erhalten haben, kommt die Regelung zur Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit nach Teil C Punkt. 3 dieses HVM zur Geltung.
- Bei Veränderungen des Ermächtigungsumfanges kann der Vorstand die PZV für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen anpassen.

## **5. 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. Vertragsärzte, die ihrer Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V nicht nachkommen, sind von jedweder Honorarausgleichsmaßnahme im Abrechnungsquartal ausgeschlossen.