

Als Serviceleistung stellen wir Ihnen diese Fassung des ab dem 01.04.2021 gültigen HVM zur Verfügung, in der die Änderungen zum Vorquartal grau unterlegt sind. Maßgeblich ist der Original-Text in der Fassung vom 9. März 2021.

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

auf Grundlage des § 87b SGB V mit Wirkung zum 1. April 2021

in der Fassung vom 9. März 2021

Gliederung

Gliederung.....	2
Abkürzungen	3
Anlagenverzeichnis	3
Allgemeine Bestimmungen.....	4
1. Geltungsbereich	4
2. Grundsätze der Vergütung der Ärzte.....	4
Teil A Grundsätzliche Untergliederung und Trennung der MGV	7
1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA)	7
2. Regelungen innerhalb des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs.....	7
Teil B Durchführung der Verteilung	9
1. Vergütung vor Trennung der Versorgungsbereiche	9
2. Vergütung nach Trennung im hausärztlichen Versorgungsbereich	10
2.1 Vergütungen zu festen Preisen	10
2.2 Übrige Vergütungen	11
3. Vergütung nach Trennung im fachärztlichen Versorgungsbereich	12
3.1 Vergütungen zu festen Preisen	12
3.2 Übrige Vergütungen	13
Teil C Weiterentwicklung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (PZV und Sonderregelungen)	14
1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung und Weiterentwicklung von PZV.....	14
1.1 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen.....	15
1.2 Bereinigung aufgrund von ASV	16
2. Weiterentwicklung der PZV	17
2.1 PZV-Zugewinn.....	17
2.2 PZV-Anpassung	18
2.3 PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“	18
2.4 PZV „Genetisches Labor“	19
3. Sonderregelungen	20
3.1 PZV-Wachstum	20
3.2 Zusammenlegung, Trennung und Verlegung von Praxen	21
3.3 Härtefallregelungen	22
3.4 Teilermächtigte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen.....	23
3.5 Fristen für Antragsstellungen.....	23
4. Unbillige Härte	23

Abkürzungen

aMGV	außerhalb morbiditätsbedingter Gesamtvergütung
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKV	Ersatzkassenvertrag
FA	Facharzt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HA	Hausarzt
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LAV	Labor-Auftrags-Volumen
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert
PFG	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung
PZV	Punktzahlvolumen
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a	PZV-relevante Arztgruppen
Anlage 1b	LAV-relevante Arztgruppen
Anlage 2	Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen
Anlage 3	Liste der chronischen Erkrankungen gemäß Anlage 2

Allgemeine Bestimmungen

1. Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt gemäß § 87b SGB V 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 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 oder Leistungen gemäß § 76 Absatz 1a SGB V erbringen. Alle vorstehend genannten Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen werden in diesem HVM aus Vereinfachungsgründen als „Ärzte“ bezeichnet.

2. 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. Es finden die jeweils aktuell gültigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die anzuwendenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berücksichtigung sowie rückwirkend zum 1. Januar 2020 unter Berücksichtigung der §§ 87a Abs. 3b und 87b Abs. 2a SGB V.

(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 und rückwirkend zum 1. Januar 2020 aus § 87a Abs. 3b SGB V. Die Vergütung für vertragsärztliche Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sind, erfolgt auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung nach den Regelungen dieses HVM und rückwirkend zum 1. Januar 2020 aus § 87b Abs. 2a SGB V.

(3) aMGV-Schutzschirm

Mindert sich das Gesamthonorar einer Praxis um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge der Corona-Pandemie begründet, leistet die Kassenärztliche Vereinigung rückwirkend zum 1. Januar 2020 eine voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2020 befristete Ausgleichszahlung an die Praxis. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V außerhalb der MGV (aMGV) vergütet werden. Sie beträgt max. 90 Prozent des zugrunde zu legenden aMGV-Honorars im Vorjahresquartal. Praxisbezogene MGV-Bereinigungen im Abrechnungsquartal zählen im Vorjahresquartal zum aMGV-Honorar. Die Ausgestaltung des aMGV-Schutzschirms obliegt einer gesonderten Vereinbarung zwischen der KVSH und den Krankenkassen.

(4) MGV-Schutzschirm

Gemäß § 87b Absatz 2a erhält die Praxis in Folge einer coronapandemiebedingten Fallzahlminderung voraussichtlich befristet bis zum 31.12.2020, rückwirkend zum 1. Januar 2020, eine Ausgleichszahlung in Höhe von max. 90 Prozent ihres MGV-Honorars aus dem Vorjahresquartal. Ausgenommen sind Kostenpositionen Kap. 40 EBM. Praxisbezogene MGV-Bereinigungen im Abrechnungsquartal werden von dem MGV-Honorar im Vorjahresquartal abgezogen.

(5) Berücksichtigung von Infektsprechstunden

Die Ausgleichszahlung gemäß (4) kann sich ab 1. Mai 2020 auf bis 100 Prozent des MGV-Honorars im Vorjahresquartal erhöhen, wenn die Praxis regelmäßig Infektsprechstunden anbietet. Infektsprechstunden sind Sprechstunden, in denen Patienten mit Infektsymptomen gesondert versorgt werden. Dafür soll im hausärztlichen Versorgungsbereich grundsätzlich täglich eine Stunde pro Tag (Mo-Fr), im fachärztlichen Versorgungsbereich mindestens fünf Stunden pro Woche (Mo-Fr) angeboten werden. Die Infektsprechstunden sind zu Beginn des Quartals, erstmals jedoch zum 15. Mai 2020, der KVSH verbindlich anzuzeigen. Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen und Pathologen sind von der Regelung in diesem Absatz ausgeschlossen.

(6) Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Die Ausgleichszahlungen gemäß (3) bis (5) werden anteilig um die Zahl der Werktage (Montag bis Freitag) reduziert, in denen die Praxis ihre vertragsärztliche Tätigkeit nicht fortgeführt hat. Als Nachweis zur Fortführung der Tätigkeit gelten dokumentierte und abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakte am Behandlungstag sowie die Teilnahme am Bereitschaftsdienst und Sonderdiensten der KVSH. Dazu zählen auch Krankheitstage sowie Abwesenheitstage, höchstens vier Kalenderwochen, wenn sich die Praxis in Absprache mit der vertretenden Praxis bzw. dem vertretenden Arzt hat vertreten lassen und dies der KVSH verbindlich anzeigt. Die Anzeigepflicht im Regelungsbereich der Schutzschirme beginnt mit dem 15. Mai 2020.

(7) Praxis ohne Vorjahresquartal

Die Ausgleichszahlungen gemäß (3) bis (5) bemessen sich für eine Praxis ohne Vorjahresquartal an der prozentualen Abweichung ihres jeweiligen Honorarteils von den Gruppendurchschnitten im Abrechnungsquartal.

(8) Berücksichtigung des Teilnahmeumfangs an der vertragsärztlichen Versorgung

Die Änderung des Teilnahmeumfangs der Praxis gegenüber dem Vorjahresquartal wird entsprechend auf die Ausgleichszahlungen gemäß (3) bis (5) angewendet.

(9) Minderung der Ausgleichszahlungen

Die Ausgleichszahlungen gemäß (3) bis (5) werden anteilig gemindert um Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz und um finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen. Die Praxis ist verpflichtet, der KVSH solche Entschädigungen und Zahlungen Dritter mit der Quartalsabrechnung darzulegen. Es bleibt der KVSH vorbehalten, nachträglich Angaben abzufragen. Die Zahlungen aus dem Schutzschirm stehen diesbezüglich auch ohne gesonderte Mitteilung stets unter Vorbehalt.

Als Serviceleistung stellen wir Ihnen diese Fassung des ab dem 01.04.2021 gültigen HVM zur Verfügung, in der die Änderungen zum Vorquartal grau unterlegt sind. Maßgeblich ist der Original-Text in der Fassung vom 9. März 2021.

(10) Leistungen, die mit der Pseudoziffer „88240“ als Covid-19 oder Covid-19-Verdacht gekennzeichnet sind, werden gemäß den Bestimmungen dieses HVM vergütet.

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

- Labor,
- Bereitschaftsdienst und Notfall,
- den hausärztlichen Versorgungsbereich,
- den fachärztlichen Versorgungsbereich,
- den Leistungsbereich Humangenetik,
- 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) Der Vorstand kann Vorwegabzüge für etwaige mit den Vertragspartnern vereinbarte zweckgebundene Mittel der MGV bilden. Ferner wird für die Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Absatz 1a SGB V ein Vorwegabzug in Höhe von 0,2 Prozent aus der MGV entnommen.

(2) Aus den beiden Vergütungsvolumina „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ 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. Übersteigt der Vorwegabzug, unter Abgrenzung des auf den Bereitschaftsdienst und Notfall bezogenen Anteils, 10 Prozent der Summe der Vergütungsvolumen Labor im Vorjahr, wird der übersteigende Betrag in den hausärztlichen und den fachärztlichen Ausgleichfonds abgeführt. Maßgeblich ist dabei ein gewichteter Trennungsfaktor, der die zeitbezogenen Rückstellungen mit ihren jeweils gültigen Trennungsbestimmungen gemäß den KBV-Vorgaben berücksichtigt.

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 0,25 Prozent im hausärztlichen und 0,35 Prozent im fachärztlichen Versorgungsbereich.
 - 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 MGV erfolgt quartalsweise und versorgungsbereichsspezifisch.
 - Zur Fixierung der Restpunktwerte gemäß Teil B, 2.2 (1) und 3.2 (4) werden den Ausgleichsfonds nach Berücksichtigung und Abgrenzung spezifischer Rückstellungen Mittel entnommen, die 3 Prozent der Summe der hausärztlichen bzw. 4 Prozent der Summe der fachärztlichen Vergütungsvolumina im Vorjahr übersteigen. Mittel der MGV, die für die Fixierung der Restpunktwerte nicht zur Auszahlung gelangen, werden den Ausgleichsfonds zugeführt.
 - 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 Bereitschaftsdienst und Notfall) 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 „Bereitschaftsdienst und Notfall“ 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)“ entsprechend der Vorgaben der KBV weiterentwickelt. Bestehen keine Vorgaben, so werden die Grundbeträge mit der allgemeinen Steigerungsrate der MGV (Morbidityentwicklung) weiterentwickelt.

Teil B Durchführung der Verteilung

1. Vergütung vor Trennung der Versorgungsbereiche

(1) Im Vergütungsvolumen Labor werden die gemäß Vorgaben der KBV zugeordneten Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM vergütet. Die KV Schleswig-Holstein wendet das Verfahren zur Glättung der Vergütungsvolumen Labor gemäß Anlage zu Teil B der KBV-Vorgaben an.

- Die GOP 32001 EBM wird zum OW vergütet.
- Die Laborkostenpauschalen des Kapitels 32 EBM als Auftragsleistungen (Anforderung über Muster 10) von Ärzten, die nicht in der Anlage 1b aufgeführt sind, werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- Die Laborkostenpauschalen des Kapitels 32 EBM als Auftragsleistungen (Anforderung über Muster 10) von Ärzten, die in der Anlage 1b aufgeführt sind, werden innerhalb eines praxisbezogenen Labor-Auftrags-Volumens (LAV) zum OW vergütet. Als Praxis gilt die Hauptbetriebsstätte mit ihren gesamten Nebenbetriebsstätten.
- Forderungen über das LAV hinaus werden mit einer Restquote von 65 Prozent vergütet. Die Restquote ist von der Praxisnetzförderung dieses HVM ausgeschlossen.
- In begründeten Fällen kann die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag aus Sicherstellungsgründen das LAV neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen.
- Honorarausgleichsmaßnahmen sind zulässig. Über die 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. Sofern Mittel des Vergütungsvolumens Labor nicht ausgezahlt werden, gehen sie den Rücklagen gemäß Teil A, 1. (2) zu. Ab dem Quartal II/2019 prüft die KV Schleswig-Holstein, ob und in welcher Höhe die obigen Vergütungselemente angepasst werden können.

(2) Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)

- Für die Vergütung der Notfalleleistungen im Krankenhaus, durch ermächtigte Ärzte 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, 2. Spiegelstrich 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, 2. Spiegelstrich dieses HVM in den Fonds zur Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben und Sicherstellungsmaßnahmen ein.
- Notfalleleistungen durch Nichtvertragsärzte werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleleistungen von Krankenhäusern und durch ermächtigte Ärzte.
- Für die ärztlichen Einsatzzeiten wird eine die Einwohnerzahl des Notdienstbezirkes berücksichtigende Normstundenzahl zugrunde gelegt, anhand derer der Vorstand der KVSH die Öffnungszeiten der Anlaufpraxen festlegt. Innerhalb dieser Öffnungszeiten wird für Notdienstbezirke auf dem Festland eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 90 Euro honoriert. Arbeitet der Arzt mehr als 30 Minuten über die festgelegten Öffnungszeiten hinaus, wird zusätzlich eine Stunde à 90 Euro honoriert. 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 abweichend von Satz 2 eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 65 Euro gezahlt sowie (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 50 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, 1. Mai, Himmelfahrt, Pfingstsonntag bis Pfingstmontag, 3. Oktober, 31. Oktober, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag, Silvester sowie an von der Abgeordnetenversammlung der KVSH und der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen erhöht sich auf dem Festland in den Anlaufpraxen die ärztliche Stundenvergütung auf 130 Euro. Im Fahrdienst wird an den in Satz 8 festgelegten Tagen in der Zeit zwischen 08.00 Uhr und 00.00 Uhr abweichend zu Satz 5 eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 100 Euro sowie in der Zeit von 00.00 Uhr und 08.00 Uhr abweichend zu Satz 6 eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 80 Euro gezahlt. Zusätzlich wird für Dienste in der Anlaufpraxis ab einer Entfernung von mehr als 15 Kilometern (Luftlinie) zur Anlaufpraxis eine Pauschale in Höhe von 30 Euro gezahlt. Die Berechnung erfolgt montags bis freitags vom Praxisort, samstags, sonntags sowie an den in Satz 8 festgelegten Tagen vom Wohnort des Arztes und gilt je Arzt je Tag. 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.
- Innerhalb der festgelegten Öffnungszeiten werden die ärztlichen Dienste im Rahmen der augenärztlichen und HNO-ärztlichen Bereitschaftsdienststruktur mit 140 Euro je Stunde honoriert. Arbeitet der Arzt mehr als 30 Minuten über die festgelegten Öffnungszeiten hinaus, wird zusätzlich eine Stunde à 140 Euro honoriert. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt mit 3 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, 1. Mai, Himmelfahrt, Pfingstsonntag bis Pfingstmontag, 3. Oktober, 31. Oktober, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag, Silvester sowie an von der Abgeordnetenversammlung der KVSH und der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung auf 220 Euro. Zusätzlich wird ab einer Entfernung von mehr als 15 Kilometern (Luftlinie) zur zum Dienst eingeteilten Praxis eine Pauschale in Höhe von 30 Euro gezahlt. Die Berechnung erfolgt grundsätzlich vom Wohnort des Arztes und gilt je Arzt je Tag. Die Praxiskosten sind mit diesem Honorar abgegolten.
- Innerhalb der festgelegten Öffnungszeiten werden die ärztlichen Dienste im Rahmen der kinderärztlichen Bereitschaftsdienststruktur mit 90 Euro je Stunde honoriert. Arbeitet der Arzt mehr als 30 Minuten über die festgelegten Öffnungszeiten hinaus, wird zusätzlich eine Stunde à 90 Euro honoriert. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt in der Anlaufpraxis mit 3 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, 1. Mai, Himmelfahrt, Pfingstsonntag bis Pfingstmontag, 3. Oktober, 31. Oktober, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag, Silvester sowie an von der Abgeordnetenversammlung der KVSH und der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung auf 130 Euro. Aufgrund der im Verhältnis zum allgemeinärztlichen Dienst größeren Notdienstbezirke wird zusätzlich ab einer Entfernung zur Anlaufpraxis von mehr als 15 Kilometern (Luftlinie) eine Pauschale in Höhe von 30 Euro, ab einer Entfernung von mehr als 30 Kilometern (Luftlinie) zur Anlaufpraxis eine Pauschale in Höhe von 45 Euro sowie ab einer Entfernung von mehr als 45 Kilometern (Luftlinie) zur Anlaufpraxis eine Pauschale in Höhe von 60 Euro gezahlt. Die Berechnung erfolgt montags bis freitags vom Praxisort, samstags, sonntags sowie an den in Satz 4 festgelegten Tagen vom Wohnort des Arztes und gilt je Arzt je Tag.
- Zur Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 200 Euro vergütet. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, 1. Mai, Himmelfahrt, Pfingstsonntag bis Pfingstmontag, 3. Oktober, 31. Oktober, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag, Silvester sowie an von der Abgeordnetenversammlung der KVSH und der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen erhöht sich die Pauschale auf 300 Euro.
- Jahresübergreifende Ausgleichsmaßnahmen zur Kompensation saisonaler Schwankungen sind möglich.

2. Vergütung nach Trennung im hausärztlichen Versorgungsbereich

2.1 Vergütungen zu festen Preisen

(1) In der MGV enthaltene Kostenpauschalen des Kapitels 40 werden gemäß EBM vergütet.

- (2) Die GOP 04355 EBM sowie die Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden mit dem OW vergütet.
- (3) Die GOP 30702 und 30704 EBM werden mit dem OW vergütet, sofern der Arzt die GOP 30704 EBM im Abrechnungsquartal regelhaft abrechnet.
- (4) Die GOP 03060 bis 03065 EBM werden mit dem OW vergütet.
- (5) Von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), deren Bezieher dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- (6) Übrige Laborkostenpauschalen des Kapitels 32 EBM, die gemäß Vorgaben der KBV dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- (7) Ambulante Leistungen in Urlaubs- oder Krankheitsvertretung unter Verwendung des Muster 19 an den durch die Abgeordnetenversammlung der KVSH und die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen werden mit dem OW vergütet. Das Gleiche gilt für Leistungen, die ambulant in Urlaubs- oder Krankheitsvertretung unter Verwendung des Muster 19 an zwischen dem 26.12. und 01.01. liegenden Werktagen erbracht werden, die nicht als Brückentage festgelegt wurden.
- (8) Die GOP 99873A (Covid-19-Monitoring) wird mit 10,00 Euro vergütet.
- (9) Für die Dauer der Sperre gem. Beschluss Bewertungsausschuss, 439. Sitzung vom 19. Juni 2019, TEIL B, Nr. 8 für TSVG-Neupatienten werden diese dem betroffenen Arzt außerhalb der PZV mit dem OW vergütet.

2.2 Übrige Vergütungen

- (1) 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 (Restpunktwert) in Höhe von 46 Prozent des OW. Abweichend davon hat im Quartal IV/2020 der Restpunktwert die Höhe des Orientierungswerts. Im Quartal I/2021 hat der Restpunktwert die Höhe des Orientierungswerts, wenn die Praxis Infektsprechstunden gemäß den Allgemeinen Bestimmungen, 2. (5) vorhält und der KV gegenüber im ekvsh-Portal spätestens zum 31.12.2020 angezeigt hat.
- (2) 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.
- (3) Hausärzte in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen, die der KVSH mittels der Anlage 4 der Richtlinie der KVSH zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V als Teilnehmer gemeldet wurden, erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (1) in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch einen Aufschlag bis zur Erreichung des Orientierungswerts.

3. Vergütung nach Trennung im fachärztlichen Versorgungsbereich

3.1 Vergütungen zu festen Preisen

- (1) In der MGV enthaltene Kostenpauschalen des Kapitels 40 werden gemäß EBM vergütet.
- (2) Die „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) MGV-Leistungen aus Kapitel 20 EBM der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen 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 Arztrufzentrale Ärztlicher Bereitschaftsdienst KV Schleswig-Holstein erbracht werden, werden mit dem OW vergütet.
- (5) Die GOP 30702 und 30704 EBM werden mit dem OW vergütet, sofern der Arzt die GOP 30704 EBM im Abrechnungsquartal regelhaft abrechnet.
- (6) Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen von § 76 Absatz 1a SGB V werden zum OW vergütet.
- (7) Die GOP 01320, 05210 bis 05212, 05230, 05310, 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.
- (8) Die GOP 12210 und 12220 EBM werden zum OW vergütet.
- (9) Von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), deren Bezieher dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- (10) Laborkostenpauschalen des Kapitels 32.3 EBM innerhalb eines Fallwertbudgets gemäß den Vorgaben der KBV, Teil A Ziffer 9 werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet. Eine darüberhinausgehende Vergütung findet nicht statt.
- (11) Übrige Laborkostenpauschalen des Kapitels 32 EBM, die gemäß Vorgaben der KBV dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- (12) Ambulante Leistungen in Urlaubs- oder Krankheitsvertretung unter Verwendung des Muster 19 an den durch die Abgeordnetenversammlung der KVSH und die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein festgelegten Brückentagen werden mit dem OW vergütet. Das Gleiche gilt für Leistungen, die ambulant in Urlaubs- oder Krankheitsvertretung unter Verwendung des Muster 19 an zwischen dem 26.12. und 01.01. liegenden Werktagen erbracht werden, die nicht als Brückentage festgelegt wurden.
- (13) Leistungen des Kapitels 25 EBM „Strahlentherapie“ werden zum OW vergütet.

(14) Für die Dauer der Sperre gem. Beschluss Bewertungsausschuss, 439. Sitzung vom 19. Juni 2019, TEIL B, Nr. 8 für TSVG-Neupatienten werden diese dem betroffenen Arzt außerhalb der PZV mit dem OW vergütet.

3.2 Übrige Vergütungen

- (1) Die Laborkostenpauschalen im Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ werden mit einer Quote von 89 Prozent vergütet.
- (2) Die GOP 01842 sowie die MGV-Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM werden innerhalb arztindividueller PZV „Genetisches Labor“ mit dem OW vergütet, oberhalb mit einem Punktwert (Restpunktwert), der sich zum Zeitpunkt der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der PZV-überschreitenden Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens „Genetisches Labor“ unter Berücksichtigung der Leistungen bereichsfremder Ärzte für bereichseigene Versicherte und einem Vorwegabzug in Höhe von 10 Prozent für Leistungen neuer Ärzte und unter Berücksichtigung von (6) ergibt, maximal in Höhe des Restpunktwerts gemäß (4).
- (3) Die GOP 06225 EBM wird innerhalb arztindividueller PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ mit dem OW vergütet, Leistungen darüber hinaus mit dem Restpunktwert gemäß (4).
- (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 (Restpunktwert) in Höhe von 46 Prozent des OW. Abweichend davon hat im Quartal IV/2020 der Restpunktwert die Höhe des Orientierungswerts. Im Quartal I/2021 hat der Restpunktwert die Höhe des Orientierungswerts, wenn die Praxis Infektsprechstunden gemäß den Allgemeinen Bestimmungen, 2. (5) vorhält und der KV gegenüber im ekvsh-Portal spätestens zum 31.12.2020 angezeigt hat.
- (5) 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.
- (6) Fachärzte in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen, die der KVSH mittels der Anlage 4 der Richtlinie der KVSH zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V als Teilnehmer gemeldet wurden, erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (2) und (4) in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch einen Aufschlag bis zur Erreichung des Orientierungswerts.

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

1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung und Weiterentwicklung von PZV

(1) Die „Durchschnitts-PZV“ der Arztgruppen nach Anlage 1a 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 Ärzte, ausgenommen teilermächtigte Ärzte) mitgezählt.

Bei dem PZV „Genetisches Labor“ können von der KVSH davon abweichende Berechnungen (z. B. Zusammenfassung von Arztgruppen aufgrund der geringen Anzahl von Leistungserbringern) durchgeführt werden.

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, sofern der Arzt die GOP 30704 EBM im Abrechnungsquartal regelhaft abrechnet, ist das Durchschnitts-PZV der jeweiligen Arztgruppe nach Anlage 1a, 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 nachfolgend Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies jeweils auf eine volle Arztstelle ab. Ärzte mit anteiligen Arztstellen erhalten ihr PZV aus dem Vorjahresquartal, ein anteiliges arztstellengewichtetes durchschnittliches PZV der Arztgruppe wird dabei als PZV-Obergrenze gebildet. Bei sich ergebender Unterdurchschnittlichkeit gegenüber einem anteiligen Durchschnitts-PZV erhalten sie ein entsprechendes Wachstumspotenzial bis zum anteiligen Durchschnitts-PZV der Arztgruppe. Innerhalb einer BAG können Ärzte, welche sich eine Arztstelle teilen, die rechnerisch gemeinsame Wachstumsgrenze gemeinsam erwirtschaften. 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.

(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 und ermächtigte Einrichtungen erhalten ein PZV nach den Bestimmungen unter Teil C, 3., 3.4.
- (8) Sofern und soweit im Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V geregelt, erhalten Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit Sitz in Planungsbereichen, die einen Versorgungsgrad von weniger als 90 Prozent aufweisen, 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) Die PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ und „Genetisches Labor“ sind zweckgebunden und nicht mit den übrigen PZV der Praxis verrechenbar.

1.1 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen

- (1) Sofern ein Arzt an Verträgen teilnimmt, die eine Bereinigung der MGV erfordern (z. B. §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V), wird sein arztindividuelles PZV, ggf. weitere PZV der Ärzte der Praxis sowie die jeweiligen Versorgungsbereiche entsprechend der KBV-Vorgaben spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung bereinigt.
- (2) Der MGV-Bereinigungsbetrag wird je bereinigungsrelevantem Vertrag entsprechend des jeweiligen MGV-Bereinigungsvertrages zwischen der KVSH und der jeweiligen Krankenkasse ermittelt. Gemäß den aktuell gültigen Vorgaben der KBV ist dabei sicherzustellen, dass der arztseitig zu bereinigende Gesamtbereinigungsbetrag je Quartal in seiner Höhe dem ermittelten MGV-Bereinigungsbetrag entspricht.
- (3) Vor der arztindividuellen Bereinigung wird der Bereinigungsbetrag um folgende Beträge reduziert:
 - Leistungen, welche im Vorwegabzug des jeweiligen Versorgungsbereichs vergütet werden,
 - ggf. bereichsfremde Leistungen,
 - Leistungen an eingeschriebenen Versicherten, welche im Vorjahresquartal weder vom aktuell teilnehmenden Arzt noch von der jeweiligen Betriebsstätte erbracht wurden sowie
 - Laborleistungen bzw. humangenetische Leistungen.

Die entsprechenden Vergütungsvolumen bzw. Versorgungsbereiche werden jeweils um die vorgenannten Beträge reduziert. Weitere bislang unbekannte „nicht zuordenbare Restgrößen“ werden nach gleicher Systematik bereinigt.

- (4) Das PZV des teilnehmenden Arztes wird um Leistungen des Vorjahresquartals bei sogenannten Neueinschreibern, welche im entsprechenden Vorjahresquartal bei ihm in Behandlung waren, gemäß Teil C, 2., 2.2. (3), Satz 6 bereinigt. Neueinschreiber sind Versicherte, die im zu bereinigenden Quartal an einem Selektivvertrag teilnehmen und die im Vorjahresquartal noch nicht teilgenommen haben. In BAG und MVZ werden die PZV nicht teilnehmender Ärzte derselben Praxis analog Satz 1 bereinigt. Gleiches gilt bei der Konstellation niedergelassener Vertragsarzt und angestellter Arzt.
- (5) Bei einer Häufung von rückkehrenden Versicherten in der Praxis kann ein entsprechender Härtefallantrag gestellt werden. Grundsätzlich wird der MGV-Rückkehrer-Betrag dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeführt. Kehrt der Arzt in den Kollektivvertrag zurück, kann eine entsprechende PZV-Anhebung beantragt werden.
- (6) Soweit die Festlegung zur Bereinigung nach den vorstehend genannten Grundsätzen einer weiteren Konkretisierung bedarf, wird der Vorstand ermächtigt, das Nähere zu regeln. Zudem sind bei Verträgen mit situativer Bereinigung Abweichungen vom vorgenannten Verfahren möglich.

1.2 Bereinigung aufgrund von ASV

Die MGV ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses 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 gemäß den aktuell gültigen Vorgaben der KBV grundsätzlich bei der Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs und des Leistungsbereichs der Humangenetik sowie der Bereinigung der entsprechenden PZV 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 Vorjahresquartals gebildet. Entscheidend hierfür ist der entsprechende „Appendix – Abschnitt 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. Für den Fall, dass die von den Krankenkassen mitgeteilte Patientenzahl größer ist als die historische arztindividuelle Patientenzahl, erfolgt nur eine Bereinigung maximal bis zur historischen Höhe. Bei der Durchführung der arztindividuellen Differenzbereinigung wird eine positive Differenz bezüglich der von den Krankenkassen mitgeteilten Patientenzahl gegenüber dem Vorjahresquartal als Neupatienten bewertet und entsprechend bereinigt.

- 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 PZV-relevanten Leistungsbedarfs der teilnehmenden Ärzte der entsprechenden Facharztgruppe sowie den im Vorjahresquartal kassenseitig bereinigten Gesamt-MGV-Bereinigungsbetrag abzüglich historischer bereichsfremder Leistungen, freier Leistungen, Leistungen, die dem Grundbetrag Labor zuzuordnen sind, und Leistungen des Leistungsbereichs Humangenetik sowie der bereits unter

Spiegelstrich 1 arztindividuell bereinigten Beträge. Dieser Bereinigungsbetrag wird entsprechend den unter Spiegelstrich 1 ermittelten Anteiligkeiten der jeweiligen Facharztgruppe aufgeteilt.

Beide vorgenannten Spiegelstriche gelten analog für das PZV „Genetisches Labor“ sowie für den entsprechenden Leistungsbereich Humangenetik.

- Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs/Humangenetik

Die Vergütungsvolumen der Humangenetik sowie des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden jeweils 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.

Für die KVSH positive kassenseitige Bereinigungsbeträge werden bei zukünftiger arztseitiger Bereinigung indikationsspezifisch gegengerechnet.

Die LAV-Bereinigung erfolgt grundsätzlich wie die Bereinigung der PZV mit dem Unterschied, dass die LAV praxisbezogen bereinigt werden.

Die arztseitige Bereinigung erfolgt spätestens zum Zeitpunkt der Abrechnung des Folgejahresquartals der kassenseitigen Bereinigung.

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

2. Weiterentwicklung der PZV

Die arztindividuellen PZV ergeben sich bei PZV-Überschreitungen aus dem bisherigen PZV zzgl. eines etwaigen Zugewinnvolumens. Bei Unterschreitung des bisherigen PZV wird dieses ggf. reduziert.

2.1 PZV-Zugewinn

- (1) Es wird die arztindividuelle 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.
- (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 („Morbidity“), mindestens 1 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 auf höchstens 3 Prozent nach oben begrenzt.

2.2 PZV-Anpassung

- (1) Es wird die arztindividuelle und die gruppenspezifische durchschnittliche Auslastung der PZV ermittelt. Fachgleiche Teile von Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren werden bei der Ermittlung der individuellen Auslastung gemeinsam betrachtet.
- (2) Wird das PZV in zwei aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 10 Prozent unterschritten, so wird das arztindividuelle PZV, welches ebenfalls um mindestens 10 Prozent unterschritten wird, im Folgejahr reduziert, erstmalig für das zweite der beiden Quartale. Die Absenkung beträgt die Hälfte der prozentualen Unterschreitung. Die Absenkung wird in den Quartalen I - IV/2021 ausgesetzt.
- (3) 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) Die PZV werden zum Zeitpunkt der Abrechnung um die PZV-relevanten Leistungen der TSVG-Konstellationen „Hausarzt-Vermittlungsfall“ und „TSS-Terminfall“ im Quartal II/2019 nicht sockelwirksam, in den Quartalen III/2019 bis II/2020 sockelwirksam, „Offene Sprechstunde“ und „Neupatient“ im Quartal III/2019 nicht sockelwirksam, in den Quartalen IV/2019 bis III/2020 sockelwirksam, „TSS-Akutfall“ in den Quartalen I/2020 bis IV/2020 sockelwirksam bereinigt.~~

- ~~(4)(5) Ist die TSVG-Leistungsmenge der Praxis im Abrechnungsquartal geringer als im Bereinigungsquartal, erhält die Praxis einen nicht sockelwirksamen Aufschlag auf das bereinigte Gesamt-PZV. Der Aufschlag ist die Bereinigungspunktzahl im sockelwirksamen Bereinigungsquartal, multipliziert mit dem prozentualen Rückgang der TSVG-Leistungsmenge. Diese Regelung gilt ab dem Quartal IV/2020.~~

- ~~(6) Konkretisierend zu (3) Satz 1 werden die PZV II/2020 bis I/2021 arztindividuell um die zum 1. April 2020 gültigen EBM-Bewertungen angepasst. Dabei finden die geänderten Bewertungen auf die arztindividuellen PZV-relevanten Forderungen in den Quartalen II/2019 bis I/2020 Anwendung. Die sich daraus ergebenden prozentualen Veränderungen~~

worden quartalspezifisch auf die PZV II/2020 bis I/2021 übertragen. Ist das PZV dadurch verringert, wird die prozentuale Veränderung nur hälftig berücksichtigt.

(7) Darüber hinaus werden für die nachfolgenden GOP strukturelle Änderungen des zum 1. April gültigen EBM berücksichtigt:

- GOP 01700: Zunahme der Häufigkeit um 342 Prozent der Häufigkeit der GOP 01840
- GOP 01821 und 01822: Rückgang der Forderung um 8,1 Prozent
- GOP 01823: 50 Prozent der Häufigkeit der GOP 01821 oder 01822 bei Patientinnen unter 25 Jahren
- GOP 01824: Berücksichtigung zu 80 Prozent der Häufigkeit der GOP 01823
- GOP 01840: Zunahme der Häufigkeit um 361 Prozent
- GOP 13550: Ersetzen mit der GOP 13545; die Leistungshäufigkeit der GOP 33030 und 33031 nimmt um 3,5 Prozent der Behandlungsfälle zu, in denen bisher die GOP 13550 abgerechnet wurde; davon entfallen 75 Prozent auf die GOP 33030
- GOP 13652: Berücksichtigung entsprechend der Häufigkeit der GOP 13650 bei den Diagnosen J96.0, J96.1 oder J96.9 ICD-10-GM
- GOP 21235: Berücksichtigung in 5 Prozent der Häufigkeit der GOP 21210 bis 21215 unter Beachtung der EBM-Ausschlüsse zur GOP 21235
- GOP 16223: Berücksichtigung in 5 Prozent der Häufigkeit der GOP 16210 bis 16212 unter Beachtung der EBM-Ausschlüsse zur GOP 16223
- GOP 30100: Berücksichtigung in 300 Prozent der Häufigkeit der GOP 30110 oder 30111

2.3 PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“

- (1) Wachstumsärzte nach Teil C, 3.1 (3) dieses HVM der Arztgruppe Fachärzte für Augenheilkunde, die nach den Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM die GOP 06225 EBM abrechnen, erhalten neben ihrer Wachstumsgrenze im Rahmen der Honorarabrechnung diese Leistungen zum OW vergütet.
- (2) Fachärzte 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 EBM weiterhin erfüllen, erhalten weiterhin ein PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“.
- (3) 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, 2. weiterentwickelt. Nach der generellen Weiterentwicklung erhalten sie den bereits für das Vorjahresquartal ermittelten Anteil an dem PZV als PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“.

2.4 PZV „Genetisches Labor“

- (1) Ärzten, deren Basisquartal innerhalb der ersten 20 Quartale nach erstmaliger Erbringung von Leistungen des PZV „Genetisches Labor“ liegt, 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.

- (2) Abweichend von 2.1 (1), Satz 1 gilt für das PZV „Genetisches Labor“: Es wird die leistungsbereichsbezogene durchschnittliche Auslastung der PZV „Genetisches Labor“ im Vorjahresquartal ermittelt.
- (3) 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 („Morbirate“), minimal 1 Prozent, maximal 1,5 Prozent, unter Umrechnung mit dem jeweils aktuellen Orientierungswert, ergibt. Es sei denn, seitens der KBV erfolgen anderslautende Vorgaben.

3. Sonderregelungen

3.1 PZV-Wachstum

- (1) Für Ärzte mit unterdurchschnittlichem PZV (ohne Neuärzte, Wachstumsärzte, ermächtigte Ärzte und ermächtigte 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. 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 Leistungen bis zum Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit dem Restpunktwert vergütet.
- (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 Weiterentwicklung der PZV dieses HVM zugewiesen. Die Leistungen dieser Ärzte werden bis zum Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit dem Restpunktwert vergütet.
- (4) Erreicht der Neuarzt bzw. Wachstumsarzt innerhalb der Wachstumsphase mit der anerkannten Leistungsmenge 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, 2. 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 Leistungsmenge 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, 3.1 (1).

- (6) Ein Arzt, der einen Weiterbildungsassistenten gemäß § 75a SGB V beschäftigt, erhält einen Aufschlag auf sein PZV. Ausgenommen hiervon sind die PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM" und „Genetisches Labor". Der Aufschlag beträgt 25.000 Punkte im Quartal, gemessen an einem in Vollzeit tätigen Weiterbildungsassistenten. Es erfolgt eine taggenaue Abrechnung. In BAG und MVZ mit mehreren zur Weiterbildung gemäß § 75a SGB V befugten Ärzten erfolgt der Aufschlag anteilig entsprechend der Höhe ihrer PZV. Damit wird der Auftrag gemäß § 32 (3) Satz 2 Ärzte-ZV berücksichtigt.

3.2 Zusammenlegung, Trennung und Verlegung von Praxen

- (1) 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, 3.1 (2) und (3). 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.

- (2) 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. Voraussetzung dafür ist, dass der ausscheidende Partner bereits vier Quartale in dieser Praxis vertragsärztlich tätig war. Das PZV des ausscheidenden Praxispartners wird in diesem Fall 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. Diese Regelung gilt nicht, wenn in einem gesperrten Planungsbereich ein Nachbesetzungsverfahren nach §103 Abs. 4 SGB V nicht durchgeführt wurde. In einem nicht gesperrten Planungsbereich sind Bemühungen zur Nachbesetzung in geeigneter Form nachzuweisen. Geschieht dies nicht, so werden die PZV des ausscheidenden Partners ebenfalls nicht übertragen.

Nimmt innerhalb der folgenden vier Quartale nach Rückgabe der Zulassung oder Beendigung der Anstellung ein Nachfolger seine Tätigkeit auf, so kommt die Regelung unter Teil C, 3.2 (1) 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, 3.2 (1) 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.

- (3) Bei der Zusammenlegung von Praxen werden bestehende PZV zusammengefasst. Für Wachstumsärzte gelten hierbei die Regelungen nach Teil C, 3.1 (2) und (3).

Bei Verlegung eines Arztsitzes in eine Einzelpraxis wird für vier Quartale ab Verlegung die PZV-relevante Forderung des verlegenden Arztes maximal bis zur Höhe seines PZV zum OW vergütet, darüber hinausgehende Forderungsanteile mit dem Restpunktwert. Die zum OW vergütete Forderung gilt im Folgejahr als PZV, zzgl. eines etwaigen PZV-Zugewinns nach Teil C, 2. dieses HVM.

Bei Verlegung eines Arztsitzes zur Bildung und/oder Erweiterung einer BAG oder eines MVZ (aufnehmende Praxis) wird für vier Quartale ab Verlegung die PZV-relevante Forderung des verlegenden Arztes in Höhe des Forderungszuwachses der aufnehmenden Praxis, maximal bis zu dem PZV des verlegenden Arztes, zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Forderungen des verlegenden Arztes sind mit dem bestehenden PZV der aufnehmenden Praxis verrechenbar. Die zum OW vergütete Forderung des verlegenden Arztes, maximal in Höhe seines bisherigen PZV, gilt im Folgejahr als PZV, zzgl. eines etwaigen PZV-Zugewinns nach Teil C, 2. dieses HVM.

Bei Verlegung eines Arztsitzes innerhalb einer BAG oder eines MVZ wird für vier Quartale ab Verlegung die PZV-relevante Forderung des verlegenden Arztes an dem neuen Praxissitz in Höhe des Forderungszuwachses der BAG/MVZ an diesem Praxissitz, maximal bis zu dem PZV des verlegenden Arztes, zum OW vergütet. Darüber hinausgehende Forderungen des verlegenden Arztes sind mit dem bestehenden PZV der gesamten Praxis verrechenbar. Die zum OW vergütete Forderung des verlegenden Arztes, maximal in Höhe seines bisherigen PZV, gilt im Folgejahr als PZV, zzgl. eines etwaigen PZV-Zugewinns nach Teil C, 2. dieses HVM.

- (4) 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.
- (5) Von den unter (2) und (3) genannten Regelungen kann der Vorstand auf Antrag unter Berücksichtigung von Sicherstellungsaspekten abweichende Entscheidungen treffen.

3.3 Härtefallregelungen

- (1) In begründeten Fällen kann die Kassenärztliche Vereinigung 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.
- (2) 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.
- (3) 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.

3.4 Teilermächtigte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen

Für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen 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 teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen ein PZV auf Basis ihrer anerkannten Punktzahlanforderungen dieses Leistungsbereiches im eigenen Vorjahresquartal, maximal das Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe.
- Sofern teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen im Vorjahresquartal ein PZV auf Basis ihrer eigenen Leistungsmenge im Vorjahresquartal erhalten haben, kommt die Regelung zur Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit nach Teil C, 2. dieses HVM zur Geltung.
- Bei Veränderungen des Ermächtigungsumfanges kann der Vorstand die PZV für teilermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen anpassen.

3.5 Fristen für Antragsstellungen

Anträge in Zusammenhang mit der PZV-Mitteilung sind spätestens einen Monat nach Bekanntgabe des Honorarbescheides für das entsprechende Quartal zu stellen.

4. 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.