

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

auf Grundlage des § 87b SGB V mit Wirkung zum 1. April 2023

in der Fassung vom 22. Februar 2023

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	5
1. Vorwegabzüge und Rückstellungen vor Trennung der Vergütung (HA/FA)	5
2. Regelungen innerhalb des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs.....	5
Teil B Durchführung der Verteilung	7
1. Vergütung vor Trennung der Versorgungsbereiche	7
2. Vergütung nach Trennung im hausärztlichen Versorgungsbereich.....	8
2.1 Vergütungen zu festen Preisen	8
2.2 Übrige Vergütungen	9
3. Vergütung nach Trennung im fachärztlichen Versorgungsbereich.....	10
3.1 Vergütungen zu festen Preisen	10
3.2 Übrige Vergütungen	11
Teil C Weiterentwicklung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (PZV und Sonderregelungen)	13
1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung und Weiterentwicklung von PZV.....	13
1.1 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen.....	14
1.2 Bereinigung aufgrund von ASV	15
2. Weiterentwicklung der PZV	16
2.1 PZV-Zugewinn.....	16
2.2 PZV-Anpassung	17
2.3 PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“	17
3. Sonderregelungen.....	18
3.1 PZV-Wachstum	18
3.2 Zusammenlegung, Trennung und Verlegung von Praxen	19
3.3 Härtefallregelungen	20
3.4 Teilermächtigte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen.....	20
3.5 Fristen für Antragsstellungen.....	21
4. Unbillige Härte	21

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

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 gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung 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 (MGV) sind, erfolgt auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung nach den Regelungen dieses HVM. Satz 2 gilt auch für Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V (offene Sprechstunde).

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 260.000 Euro im hausärztlichen und 340.000 Euro 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 Stützung 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 Stützung 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 (Morbiditätsentwicklung) weiterentwickelt.
- (5) Dem fachärztlichen Versorgungsbereich werden die PZV-relevanten Vergütungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V für Leistungen bereichseigener Ärzte zugeführt.

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 Notfalleistungen 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.
- Notfalleistungen durch Nichtvertragsärzte werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Gleiches gilt für Notfalleistungen 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) Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 EBM sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM werden, soweit sie Bestandteil der MGV sind, mit dem OW vergütet.

2.2 Übrige Vergütungen

- (1) Mit den Mitteln des auf bereichseigene Ärzte entfallenden rückgeführten Bereinigungsvolumens gemäß § 87a Absatz 3 Satz 14 SGB V (in der Fassung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes) wird ein Vorwegabzug gebildet. Aus diesem Vorwegabzug werden die Leistungen im Sinne des § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V (in der Fassung vom 16.09.2022) i. V. m. den Beschlüssen BWA, 439. und 452. Sitzung vergütet. Diese beinhalten auch die von der Sperre gem. Beschluss Bewertungsausschuss, 439. Sitzung vom 19. Juni 2019 Teil B, Nr. 8. betroffenen Leistungen. Die Leistungen werden höchstens zum Orientierungswert, bei einer Unterdeckung des Vorwegabzugs zu mindestens 90 Prozent des Orientierungswerts vergütet. Nicht verwendete Mittel gehen in die Berechnung des Restpunktwerts ein.
- (2) 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 mindestens 20 Prozent des OW und maximal zum OW.
- (3) Sofern und soweit die honorarvertraglichen Regelungen eine Stützung von MGV-Leistungen vorsehen, werden diese bei Erfüllung der in Anlage 2 genannten Abrechnungsvoraussetzungen mit den dort genannten Zuschlägen vergütet.
- (4) 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 (2) 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 regelmäßig 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 im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 EBM sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM werden, soweit sie Bestandteil der MGV sind, mit dem OW vergütet.

- (14) Fachärzte für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie, erhalten MGV-Leistungen bei Behandlungsfällen, in denen zusätzlich die GOP 13700 EBM abgerechnet wird, mit dem OW vergütet.

3.2 Übrige Vergütungen

- (1) Im Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ werden die gemäß Vorgaben der KBV diesem Vergütungsvolumen zugeordneten Leistungen und Kosten vergütet.
- Jeder Arzt, der regelhaft Leistungen des Leistungsbereiches „Genetisches Labor“ erbringt, erhält ein mit dem Zulassungsumfang gewichtetes PZV „Genetisches Labor“.
 - Das „Norm-PZV“ wird für jedes Quartal aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals – in den Quartalen I bis IV/2023 abzüglich des Anteils an dem Vergütungsvolumen der humangenetischen Laborleistungen gemäß der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B (GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM) – nach Abzug der Vergütungen bereichsfremder Ärzte für bereichseigene Versicherte (Fremdkassenzahlungsausgleich), einem Vorwegabzug in Höhe von 5 Prozent in den fachärztlichen Ausgleichsfonds gemäß Teil A, 1.(2) ermittelt. Das verbleibende Vergütungsvolumen wird durch die Summe der Zulassungsumfänge im Vorjahresquartal, dem OW im Abrechnungsquartal und dem Faktor 1,05 für die Vergütung des Restpunktwerts geteilt.
 - Das PZV jedes Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des „Norm-PZV“ mit seinem Zulassungsumfang. Innerhalb des PZV werden die Leistungen zum OW vergütet.
 - Über das PZV hinausgehende Leistungen werden mit dem Restpunktwert vergütet.
 - Zur Auszahlung gelangt die verbleibende Honorarsumme im Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ nach Abzug bereichsfremder Leistungen und einem Vorwegabzug in Höhe von 5 Prozent für Leistungen neuer Ärzte. Der Restpunktwert ist von der Praxisnetzförderung dieses HVM ausgeschlossen und beträgt maximal die Höhe des Restpunktwertes gemäß Absatz (4).
 - Innerhalb einer BAG und eines MVZ sind diese PZV untereinander verrechenbar.
 - Sofern Mittel des Vergütungsvolumens „Genetisches Labor“ verbleiben, gehen sie dem fachärztlichen Ausgleichsfonds gemäß Teil A, 1.(2) zu. Reichen die Mittel des Vergütungsvolumens nicht zur Vergütung der Leistungen gemäß 4. Spiegelstrich, erfolgt eine Zuführung aus dem fachärztlichen Ausgleichsfonds zum Ausgleich dieser Unterdeckung.
 - 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.
- (2) 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).
- (3) Mit den Mitteln des auf bereichseigene Ärzte entfallenden rückgeführten Bereinigungsvolumens gemäß § 87a Absatz 3 Satz 14 SGB V (in der Fassung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes) wird ein Vorwegabzug gebildet. Aus diesem Vorwegabzug werden die Leistungen im Sinne des § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V (in der Fassung vom 16.09.2022) i. V. m. den Beschlüssen BWA, 439. und 452. Sitzung vergütet. Diese beinhalten auch die von der Sperre gem. Beschluss Bewertungsausschuss, 439. Sitzung vom 19. Juni 2019 Teil B, Nr. 8. betroffenen Leistungen. Die Leistungen werden höchstens zum Orientierungswert, bei einer Unterdeckung des Vorwegabzugs zu mindestens 90 Prozent des Orientierungswerts vergütet. Nicht verwendete Mittel gehen in die Berechnung des Restpunktwerts ein.
- (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 mindestens 20 Prozent des OW und maximal zum OW.

- (5) Sofern und soweit die honorarvertraglichen Regelungen eine Stützung von MGV-Leistungen vorsehen, werden diese bei Erfüllung der in Anlage 2 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 (4) in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch einen Aufschlag bis zur Erreichung des Orientierungswerts.
- (7) PZV-relevante Leistungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V werden innerhalb der PZV vergütet. Sofern die Praxis ihr PZV überschreitet, werden diese Leistungen zum Orientierungswert vergütet. Dafür erhält die Praxis einen Ausgleich zwischen ihrem individuellem Punktwert und dem Orientierungswert. Der praxisindividuelle Punktwert ist die PZV-Vergütung einschließlich Restpunktwert, geteilt durch die PZV-relevante Forderung in Punkten. Der Ausgleich wird mit den Mitteln gemäß Teil A Nummer 2. (5) dieses HVM finanziert.

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.
- (10) Das fachärztliche PZV und das PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ werden in den Quartalen I bis IV/2023 um die historische Bereinigung der offenen Sprechstunde in Punkten in den korrespondierenden Quartalen IV/2019 bis III/2020 sockelwirksam erhöht.
- (11) Das fachärztliche und das PZV „Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM“ wird im Quartal I/2023 sockelwirksam um 2,8 Prozent reduziert.

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 fachärztlichen 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.

- Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Das Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird reduziert um die entsprechende Summe der ASV-Leistungen, welche im Vorwegabzug vergütet werden sowie die entsprechenden bereichsfremden Leistungen.

- Bereinigung des Leistungsbereichs Humangenetik

Der Leistungsbereich Humangenetik wird um die Leistungen bereinigt, welche gem. dem entsprechenden Appendix-Abschnitt 1 des jeweiligen GBA-Beschlusses dem Leistungsbereich Humangenetik zuzuordnen sind. Dazu zählen auch ASV-Leistungen, welche im Vorwegabzug vergütet werden sowie die entsprechenden bereichsfremden Leistungen. Im Leistungsbereich Humangenetik findet keine arztindividuelle ASV-Bereinigung statt.

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.
- (2) Liegt die individuelle Auslastung über der gruppenspezifischen durchschnittlichen Auslastung, so nimmt der Arzt mit seiner diese Grenze überschreitenden Leistungsmenge, multipliziert mit dem Anteil der Arztstelle, 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 sowie I/2022 - I/2023 ausgesetzt und tritt mit dem Quartal II/2023 wieder in Kraft.
- (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.

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“.

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 Vorvorjahresquartal 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. Das gilt auch für Maßnahmen gem. § 87b Abs.2a SGB V bei pandemiebedingter Minderung des Gesamthonorars um mindestens 20 Prozent in einem die Fortführung der Praxis gefährdendem Umfang. 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.