

Honorarverteilungsmaßstab der KVSH

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

in der Fassung vom 28. September 2016

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	8
3. Vergütung nach Trennung im fachärztlichen Versorgungsbereich	8
3.1 Vergütungen zu festen Preisen	8
3.2 Übrige Vergütungen	9
Teil C Weiterentwicklung von arzt- und praxisbezogenen Mengensteuerungen (PZV und Sonderregelungen).....	10
1. Allgemeine Vorgaben zur Anwendung und Weiterentwicklung von PZV.....	10
1.1 Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen	11
1.2 Bereinigung aufgrund von ASV	11
2. Weiterentwicklung der PZV	12
2.1 PZV-Zugewinn.....	12
2.2 PZV-Anpassung	13
2.3 PZV "Zuschlag für die Behandlung durch einen konservativ tätigen Augenarzt GOP 06225 EBM"	13
2.4 PZV „Genetisches Labor“	14
3. Sonderregelungen	14
3.1 PZV-Wachstum	14
3.2 Zusammenlegung und Trennung von Praxen	15
3.3 Härtefallregelungen	16
3.4 Teilermächtigte, ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen.....	16
4. Unbillige Härte	16

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
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
OW	Orientierungswert
PFG	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung
PZV	Punktzahlvolumen
SGB V	Sozialgesetzbuch V

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	PZV-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.

(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.

Teil A Grundsätzliche Untergliederung und Trennung der MGV

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

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

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

2. Regelungen innerhalb des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs

- (1) Nach Maßgabe der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Teil B, werden die Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Grundbetrag gebildet.
- (2) Der Vorstand entscheidet über die Bildung und Auflösung der Vorwegabzüge bzw. der Rückstellungen, die Höhe der Zuführung bzw. der Entnahme.

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

- Es erfolgt eine quartalsweise Zuführung in Höhe von 0,55 Prozent im hausärztlichen und 0,86 Prozent im fachärztlichen Versorgungsbereich. Hinzu treten als Vorwegabzug – sofern und soweit honorarvertraglich vereinbart – KV-Anteile zur Finanzierung des „Strukturfonds ländlicher Raum“.
- Der Vorstand der KVSH kann darüber hinaus die Bildung (und Auflösung) von zusätzlichen Rückstellungen vorsehen, die zur Abbildung konkreter Umstände notwendig sind und dem Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds zweckgebunden zugeführt werden. Die Bildung derartiger Rückstellungen sowie ihre Auflösung bzw. Rückführung in die MGV erfolgt quartalsweise und versorgungsbereichsspezifisch.

- Aus dem jeweiligen Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds werden Sicherstellungsaufgaben und die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bestritten, die nicht mit einer spezifischen Vorgabe im HVM oder im Sicherstellungsstatut abgedeckt sind. Ebenso werden nachträglich durchgesetzte Ansprüche auf Honorar, welches nicht zur Auszahlung kam und nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen vergütet. Der Vorwegabzug dient ebenfalls als Puffer für Fehlschätzungen im versorgungsbereichsspezifischen Fremdkassenzahlungsausgleich.
- Nachgelagerte sachlich-rechnerische Korrekturen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse werden dem jeweiligen Versorgungsbereichs-Ausgleichsfonds zugeführt. Über- und Unterschüsse in der Honorarverteilung innerhalb des Versorgungsbereichs werden gegenüber diesem Vorwegabzug ausgeglichen. Ebenso werden Unterdeckungen der Vergütungsvolumina vor Trennung (Labor und ärztlicher Bereitschaftsdienst) nach Maßgabe der Vorgaben der KBV gegenüber diesen Vorwegabzügen ausgeglichen. Ein quartalsweiser Stützungsbetrag in Höhe von insgesamt 600.000 Euro wird dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach Maßgabe der Vorgaben der KBV aus diesen Vorwegabzügen zugeführt.

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

(4) In dem fachärztlichen Versorgungsbereich werden die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „Genetisches Labor“ und „Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“ entsprechend der Vorgaben der KBV weiterentwickelt. Bestehen keine Vorgaben, so werden die Grundbeträge mit der allgemeinen Steigerungsrate der MGV (Morbiditätsentwicklung) weiterentwickelt.

Teil B Durchführung der Verteilung

1. Vergütung vor Trennung der Versorgungsbereiche

- (1) Die Vergütung der GOP 12210, 12220 und der GOP des Kapitels 32 EBM erfolgt nach den aktuellen Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen.
- (2) Regelung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst)
- Für die Vergütung der Notfalleistungen im Krankenhaus, durch ermächtigte 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. Innerhalb dieser wird für Notdienstbezirke auf dem Festland eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 50 Euro honoriert. Die ersten beiden Dienststunden in der Anlaufpraxis je Tag je Arzt werden mit 60 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt in der Anlaufpraxis mit 3 Euro honoriert. Im Fahrdienst wird in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 0.00 Uhr (maßgeblich ist der Zeitpunkt der Übergabe durch die Leitstelle) jeder mit einem Besuch einhergehende abgerechnete Fall mit 15 Euro honoriert. In der Zeit zwischen 00.00 Uhr und 08.00 Uhr wird im Fahrdienst abweichend von Satz 2 eine ärztliche Stundenvergütung in Höhe von 25 Euro gezahlt. Weiterhin wird in dieser Zeit (maßgeblich ist der Zeitpunkt der Übergabe durch die Leitstelle) jeder mit einem Besuch einhergehende abgerechnete Fall mit 50 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich auf dem Festland die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Bei Insellagen und für vom Vorstand der KVSH beschlossene Modellprojekte werden modifizierende Regelungen getroffen.
 - Für Besuche im organisierten Bereitschaftsdienst erfolgt die Abrechnung nach Wegepauschalen bzw. Wegegeld je Doppelkilometer. Die Höhe des Wegegeldes je Doppelkilometer beträgt, vorbehaltlich anderslautender Regelungen, einheitlich 2,70 Euro.
 - Die ärztlichen Dienste im Rahmen der augenärztlichen und HNO-ärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 100 Euro je Stunde honoriert. Die ersten beiden Dienststunden je Tag je Arzt werden mit 110 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt mit 3 Euro honoriert.
 - An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Die Praxiskosten sind mit diesem Honorar abgegolten.
 - Die ärztlichen Dienste im Rahmen der kinderärztlichen Bereitschaftsdienststruktur werden mit 50 Euro je Stunde honoriert. Die ersten beiden Dienststunden je Tag je Arzt werden mit 60 Euro vergütet. Zusätzlich wird jeder abgerechnete Arzt-Patienten-Kontakt in der Anlaufpraxis mit 3 Euro honoriert. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsamstag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die ärztliche Stundenvergütung um 50 Prozent. Aufgrund der im Verhältnis zum allgemeinärztlichen Dienst größeren Notdienstbezirke werden ab einer Fahrzeit zur Anlaufpraxis von durchschnittlich mehr als 15 Minuten jede weiteren vollen 15 Fahrtminuten mit 7,50 Euro honoriert. Diese Regelung gilt auch für die Rückfahrt.

Die Berechnung erfolgt montags bis freitags vom Praxisort, samstags, sonntags und feiertags vom Wohnort des Arztes und gilt je Dienst.

- Zur Verstärkung in Spitzenzeiten strukturell vorgesehene Hintergrunddienste an Wochenenden und Feiertagen werden pauschal mit 110 Euro vergütet. An Neujahr, Karfreitag bis Ostermontag, Himmelfahrt, Pfingstsonntag bis Pfingstmontag, Heiligabend bis 2. Weihnachtstag und Silvester erhöht sich die Pauschale um 50 Prozent.
- 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 03362 EBM sowie die MGV-Leistungen der Abschnitte 3.2.5, 4.2.4 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.

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), der sich zum Zeitpunkt der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der PZV-überschreitenden Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens des hausärztlichen Grundbetrags unter Berücksichtigung von (3) ergibt.
- (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 erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (1) in Höhe von 10 Prozent.

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, 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.

3.2 Übrige Vergütungen

- (1) Die GOP 32860 bis 32863, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946 EBM werden im Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ unter Anwendung der von der KBV ermittelten bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q vorweg vergütet.
- (2) Die GOP 11230, 11233 bis 11236 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), der sich zum Zeitpunkt der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der PZV-überschreitenden Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrags unter Berücksichtigung von (6) ergibt.
- (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 erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert gemäß (2) und (4) in Höhe von 10 Prozent.

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 1 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 1, multipliziert mit der ambulant kurativen Behandlungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal und geteilt durch die durchschnittliche, ambulant kurative Behandlungsfallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal, maximal jedoch das Durchschnitts-PZV der Arztgruppe.
- (2) Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies jeweils auf eine volle Arztstelle ab; für Ärzte mit anteiligen Arztstellen wird ein entsprechend anteiliges arztstellengewichtetes durchschnittliches PZV der Arztgruppen als PZV-Obergrenze gebildet. Eine Wachstumsphase nach Teil C, 3., 3.1 (3), (4) und (5) gilt nicht. Im Übrigen gelten die Regelungen dieses HVM analog.

Von der Regelung für anteilige Arztstellen können Ärzte auf Antrag ausgenommen werden, die einen vorher bestehenden Sitz anteilig mit dem Ziel einer gemeinsamen Fortführung übernommen haben.
- (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) Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit Sitz in Planungsbereichen, die einen Versorgungsgrad von weniger als 90 Prozent aufweisen, erhalten einen Zuschlag in Höhe von 5 Prozent auf ihre PZV. Dieser Aufschlag ist zeitlich so lange begrenzt, bis der Versorgungsgrad mindestens 90 Prozent erreicht. Auf das Durchschnitts-PZV, welches Wachstumsärzten zugeteilt wird, wird kein 5 Prozent-Zuschlag gewährt. Bei der Weiterentwicklung der PZV in der Folgezeit ist der 5 Prozent-Zuschlag als Bestandteil des bisherigen PZV zu betrachten.
- (9) 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

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

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

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 bei der Bereinigung der PZV sowie der Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs wie folgt berücksichtigt:

- Arztindividuelle Bereinigung des ASV-Teilnehmers

Für die von der ASV betroffenen Facharztgruppen wird indikationsspezifisch ein entsprechender prozentualer Leistungsbedarfsanteil an der Summe des ausgezahlten bereichseigenen Honorars für PZV-relevante Leistungen des 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 Patientenanzahl des Vorjahresquartals und ggf. gewichtet mit einer Quote (arztindividuell von den Krankenkassen mitgeteilte ASV-Patientenanzahl des Vorjahresquartals dividiert durch die entsprechende indikationsspezifische arztindividuelle Patientenanzahl des Vorjahresquartals).

- Bereinigung der von der ASV betroffenen Facharztgruppen („potenzielle ASV-Teilnehmer“)

Die PZV aller Ärzte der jeweils (potenziell) betroffenen Facharztgruppe werden bereinigt um die verbleibende Differenz zwischen dem Leistungsbedarf der jeweiligen Facharztgruppe am bereichseigenen Bereinigungsbetrag für PZV-relevante Leistungen und der Summe des Leistungsbedarfs der teilnehmenden Ärzte der entsprechenden Facharztgruppe sowie den im Vorjahresquartal kassenseitig bereinigten Gesamt-MGV-Bereinigungsbetrag abzüglich bereichsfremder Leistungen sowie der bereits unter Spiegelstrich 1 arztindividuell bereinigten Beträge, welcher dann entsprechend den unter Spiegelstrich 1 ermittelten Anteiligkeiten der jeweiligen Facharztgruppe aufgeteilt wird.

- Bereinigung des fachärztlichen Versorgungsbereichs/Humangenetik

Die Vergütungsvolumen der Humangenetik sowie des fachärztlichen Versorgungsbereichs werden jeweils zulasten des Restpunktwertes reduziert um die entsprechende Summe der ASV-Leistungen, welche im jeweiligen Vorwegabzug vergütet werden sowie die entsprechenden jeweiligen bereichsfremden Leistungen. Weitere bislang unbekannte „nicht zuordenbare Restgrößen“ werden nach gleicher Systematik bereinigt.

Bei Anwendung der Höchstwertregelung (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses) wird bei der Bestimmung der zu bereinigenden Patientenanzahl der Höchstwert im Verhältnis der tatsächlich abgerechneten ASV-Patienten aufgeteilt.

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

2. 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, weil diese entweder das maximale anteilige durchschnittliche PZV erhalten oder aber als unterdurchschnittlich gelten und deren PZV nach den Bestimmungen von Teil C 1. (2) festgelegt werden.
- (2) Liegt die individuelle Auslastung über der gruppenspezifischen durchschnittlichen Auslastung, so nimmt der Arzt mit seiner diese Grenze überschreitenden Leistungsmenge am Zugewinn mit Wirkung für das entsprechende Quartal des Folgejahres teil.
- (3) Für das Wachstum von PZV steht insgesamt die mit den Krankenkassen verhandelte und nicht zweckgebundene prozentuale Veränderungsrate der MGV („Morbirate“), maximal 1,5 Prozent, zur Verfügung. Diese Rate wird auf die

Summe aller bis zum Zeitpunkt der Berechnung der Weiterentwicklung für das jeweilige weiterzuentwickelnde Quartal bekannte PZV des Versorgungsbereichs angewandt und ergibt das maximal zu verteilende PZV (Zugewinnmenge).

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

2.2 PZV-Anpassung

- (1) Wird das PZV in zwei aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 10 Prozent unterschritten, so wird das PZV im Folgejahr reduziert, erstmalig für das zweite der beiden Quartale. Die Absenkung beträgt die Hälfte der prozentualen Unterschreitung.
- (2) 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) Fachärzte für Augenheilkunde, welche sich in der Wachstumsphase befinden und nach den Bestimmungen gemäß der Präambel 6.1 Punkt 6 des EBM die GOP 06225 abrechnen, erhalten neben ihrer Wachstumsgrenze im Rahmen der Honorarabrechnung diese Leistungen zum OW vergütet.
- (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 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“), 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 und Trennung 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. Das PZV des ausscheidenden Praxispartners wird den verbliebenen Partnern gleicher Fachrichtung zu gleichen Teilen zugeordnet. Somit erhöht sich das PZV der verbliebenen Partner, ggf. erhaltenen Wachstumsärzte einen Aufschlag auf das Durchschnitts-PZV ihrer Arztgruppe.
- Nimmt innerhalb dieses Zeitraums ein Nachfolger seine Tätigkeit auf, so kommt die Regelung unter Teil C, 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. Hiervon kann der Vorstand auf Antrag unter Berücksichtigung von Sicherstellungsaspekten abweichende Entscheidungen treffen.
- (3) Bei der Zusammenlegung von Praxen werden bestehende PZV zusammengefasst. Für Wachstumsärzte gelten hierbei die Regelungen nach Teil C, 3.1 (2) und (3).

- (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.

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.

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.