



Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V

Stand: 1. Januar 2012
gültig ab: 1. Januar 2012

Beschluss der Vertreterversammlung vom 10. März 2012

Honorarverteilungsmaßstab der KV Hessen ab 1/2012 beschlossen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat in Ihrer Sitzung am 10. März 2012 den Wortlaut des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) für den Zeitraum ab dem Quartal 1/2012 beschlossen. Das erforderliche Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen wurde hergestellt.

Hintergrund

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber die Kompetenz der Honorarverteilung wieder den regionalen KVen übertragen. Der HVM ist im Benehmen mit den Krankenkassen festzusetzen.

Regelungen der Honorarverteilung – Quartal 1/2012

Für das Quartal 1/2012 wurden weitestgehend die im Jahr 2011 geltenden Regelungen übernommen. Inhaltlich wird damit die Honorarverteilungssystematik des Jahres 2011 fortgeführt. Es gelten also weiterhin

- ✓ Regelleistungsvolumina (RLV) für RLV-relevante Fachgruppen,
- ✓ Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) für RLV-relevante Fachgruppen,
- ✓ Freie Leistungen,
- ✓ Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch tätige Ärzte,
- ✓ Spezielle Vorwegleistungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses,
- ✓ Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung (sog. extrabudgetäre Leistungen). Die im Jahr 2011 geltende Budgetierung dieser Leistungen entfällt aufgrund des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ab dem Quartal 1/2012.

Regelungen der Honorarverteilung – Quartale ab 2/2012

Ab dem Quartal 2/2012 wird die grundsätzliche Systematik weiterhin beibehalten, jedoch je Versorgungsebene modifiziert. Im Wesentlichen gelten folgende Eckpunkte:

Hausärztliche und fachärztliche Versorgungsebene

- Änderung der Fallwertabstaffelung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG); Bei Ärzten der gleichen RLV-Gruppe werden die RLV-relevanten Fälle zur Berechnung der Fallwertabstaffelung nun in Summe betrachtet
- Änderung BAG-Aufschlag: Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG, Praxen mit angestellten Ärzten und MVZ wird das RLV um 10% erhöht, wenn in der Praxis mindestens 1,5 Zulassungsumfänge von RLV-relevanten Arztgruppen vertreten sind. Ausschließlich ortsübergreifende BAG erhalten den Aufschlag von 10% auf das RLV nur dann, wenn im aktuellen Abrechnungsquartal ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird

Fachärztliche Versorgungsebene

- Fortführung der für die Berechnung des RLV und der QZV im Jahr 2011 und im Quartal 1/2012 geltenden Berechnungssystematik

Hausärztliche Versorgungsebene

- Ermittlung der RLV-relevanten Fallzahl auf Basis der *aktuellen* Quartalsabrechnung
- Durchführung der Fallwertabstaffelung auf Basis der RLV-Fallzahl im *aktuellen* Quartal im Vergleich zur durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen RLV-Gruppe im Vorjahresquartal.
- Ermittlung der Alterstrukturquote auf Basis der Patientenstruktur im *aktuellen* Quartal.
- Zuteilung der QZV entsprechend der Abrechnungsberechtigung und zulässigen Abrechnung im *aktuellen* Quartal. Das QZV berechnet sich dann durch die Multiplikation der individuellen RLV-relevanten Fallzahl im *aktuellen* Quartal mit dem arztgruppenspezifischen QZV-Fallwert (auf Basis der RLV-relevanten Fallzahlen aller anspruchsberechtigten Ärzte einer RLV-Gruppe im aktuellen Quartal).

Den folgenden Seiten können Sie den Honorarverteilungsmaßstab 2012 entnehmen. Bitte beachten Sie, dass sowohl in der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgungsebene die Hausbesuche nach den EBM-Nrn. 01410, 01413 und 01415 als Vorwegleistung sowie in der hausärztlichen Versorgungsebene die Leistungen Ergometrie, Lungenfunktionsprüfung, LZ-EKG und LZ-Blutdruckmessung (im Rahmen eines „Cardiorespiratorischen Komplexes“) und Psychosomatik (EBM-Nrn. 35100, 35110, 35111, 35113 und 35120) als freie Leistungen vergütet werden.

Diese Leistungen sind damit nicht Bestandteil des hausärztlichen RLV oder QZV, sondern werden zusätzlich vergütet!

Sollten Sie Fragen zum Honorarverteilungsmaßstab 2012 haben, stehen Ihnen die Beraterinnen und Berater in den BeratungCentern der KV Hessen gerne zur Verfügung.

Auf der Grundlage des § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V und der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachstehenden Verteilungsmaßstab für die Vergütung von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen:

Präambel

Auf der Basis des § 87b SGB V und des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, zuletzt geändert durch Beschlüsse vom 29. Oktober 2010 (239. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung), vom 24. November 2010 (242. Sitzung), vom 25. Januar 2011 (248. Sitzung) sowie die in der 253. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. 256. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in der 261. Sitzung getroffenen Beschlüsse (nachstehend vereinfachend „Beschluss des Bewertungsausschusses“ genannt) wird ergänzend das folgende Verfahren zur Verteilung des Ausgabenvolumens gem. § 87 d Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V festgelegt. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V.

1. Grundsätze der Vergütung

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87 a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Davon ausgenommen sind Leistungen nach Abschnitt I.4. des Honorarvertrages.

Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 zum Beschluss des Bewertungsausschusses genannten Voraussetzungen erfüllt, kann unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen des EBM die Arztpraxis weitere vertragsärztliche Leistungen in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten sind (s. Anlage 2 zum vorliegenden HVM).

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus der Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten Orientierungspunktwert in Höhe von 0,035048 € nicht übersteigen.

Zusätzlich werden auf der Grundlage des Abschnitts I., Nr. 2.3 bzw. 3.1.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses weitere Leistungen als sog. „freie Leistungen“ oder „freie Leistungskomplexe“ innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der RLV bzw. QZV – ggf. quotiert - vergütet (s. u. Nr. 3.4)

Die Anlage 2 zum vorliegenden HVM kann erforderlichenfalls durch **den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen** angepasst werden.

1.2 Ermittlung

1.2.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden quartalsbezogen nach Maßgabe der Nrn. 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

1.2.2 Arztbezug

Die Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden nach Maßgabe der Nrn. 2. und 3. je Arzt ermittelt. Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

1.2.3 Tätigkeitsumfang

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und ggf. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Für Ärzte, die ihre Tätigkeit in mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, bestimmt sich die Ermittlung des Regelleistungsvolumens nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit.

1.3 Zuweisung

1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind (Arztfall). Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((RLV\text{-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 2.5, Satz 1 im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht
- b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.
- c) in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 1 tätig sind, wird das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht.

Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent

Kooperationsgrad (KG) in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

Bei Berufsausübungsgemeinschaften, deren Zusammensetzung/Struktur sich während der Vertragslaufzeit im Vergleich zum Basisquartal des Jahres 2011 ändert, wird der Kooperationsgrad im aktuellen Abrechnungsquartal durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermittelt und der Abrechnung zugrunde gelegt.

Die Zuschläge nach a) bis c) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 5. Spiegelstrich vergütet.

Die Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010 (245. Sitzung) regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

1.3.2 Arztbezogene Zuweisung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen

Die Zuweisung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt praxisbezogen, wenn mindestens einer der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, über die Voraussetzung gemäß Ziffer 3.3 i.V.m. Anlage 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen verfügt. Dabei ergibt sich die Höhe des jeweiligen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus der Addition der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen berechtigtem Arzt (unabhängig vom Zulassungsstatus), der in der Arztpraxis tätig ist.

1.4 Abrechnung

Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das einer Arztpraxis zugewiesene

Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt. Es sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

2. Benennung der Ärzte, Leistungen und Fälle, die von der Steuerung durch Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfasst sind

2.1 Ärzte und Arztgruppen

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 zum vorliegenden HVM genannten Arztgruppen zur Anwendung. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen bzw. „freie Leistungen“ (Nr. 1.1, 5. Absatz) kommen für die in Anlage 2 zum vorliegenden - HVM aufgeführten Arztgruppen und Leistungen zur Anwendung.

Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt oder die Partner der Gesamtverträge haben gleichwertige andere Maßnahmen zur Steuerung der Leistungen für ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen vereinbart. Die im zuletzt genannten Fall erforderliche Entscheidung trifft der Vorstand der KV Hessen.

2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nrn. 1.3 und 2.1 in Beschluss Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 39 vom 25. September 2009, Seiten A 1907 bis 1919), geändert in der 208. Sitzung des Bewertungsausschusses am 8./9. Dezember 2009 (amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 3 vom 22. Januar 2010, Seiten A 101f.), sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Abschnitt I Nr. 4 des Honorarvertrages ergeben, unterliegen nicht der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

2.3 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug vor Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Versorgungsebenen

2.3.1 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 17 zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß Nr. 4.2.1 zu berücksichtigen sind. Über- und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten aus nicht in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Nr. 3.1.3 bzw. als „freie Leistungen“ (Nr. 1.1, 5. Absatz) vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumens und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß Nr. 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß Nr. 4.1 werden innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Nr. 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß Nr. 1.1.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM von Ärzten aus nicht in Nr. 4.1 aufgeführten Arztgruppen werden mit qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus dem entsprechenden arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Nr. 3.1.3 vergütet. Wird die Höhe des einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen überschritten, erfolgt die Vergütung mit abgestaffelten Preisen gemäß Nr. 1.1.

Bei einer Überschreitung des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens (Nr. 3.1.3) für psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Abschnittes 35.2 EBM kann auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine Verrechnung mit etwaigen Unterschreitungen des Vergütungsvolumens betreffend die Leistungen des Abschnitt 35.2 EBM erfolgen. Soweit hiernach noch ein Defizit besteht, erfolgt ein Vortrag auf das Folgequartal. (nur fachärztliche Versorgungsebene!)

2.3.2 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und -Grundpauschale (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), der Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

Die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen (Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220), die Grundpauschale für zur Abrechnung von Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (Gebührenordnungsposition 01320) sowie Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32001) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 18. zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) vergütet. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. 1.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Die Gebührenordnungsposition 32001 für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 wird immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen im Vergleich zu dem für die Vergütung der Nr. 32001 im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendeten und unter Berücksichtigung des Punktwertes i. H. v. 0,035048 € angepassten Honorarvo-

lumen werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

2.3.3 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

Leistungen des organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 (mit Ausnahme der Leistungen nach Kap. II.1.2 EBM sowie der Nr. 01411 EBM, soweit diese mittels der Nr. 98998 gekennzeichnet sind) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Anlage 4, Anhang 1, Schritt 19. zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010 (218. Sitzung) vergütet. Für die Honorierung dieser Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Leistungen nach Kap. II.1.2 EBM sowie der Nr. 01411 EBM, soweit diese mittels der Nr. 98998 gekennzeichnet sind werden hiervon abweichend immer zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen im Vergleich zu dem für die Vergütung der vorstehend genannten Leistungen im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendeten und unter Berücksichtigung des Punktwertes i. H. v. 0,035048 € angepassten Honorarvolumen werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

2.4 Vergütung und Steuerung von Leistungen im Vorwegabzug nach Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Versorgungsebenen

2.4.1 Vergütung und Steuerung pathologischer Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen

Pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, dritter Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche .

2.4.2 Vergütung und Steuerung der Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM

Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Nr. 3.1.2, vierter Spiegelstrich zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen im Vergleich zu dem für die Vergütung der vorstehend genannten Kostenpauschalen im Vorjahresquartal tatsächlich aufgewendeten Honorarvolumen werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

2.4.3 Vergütung und Steuerung humangenetischer Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen

Humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 8. Spiegelstrich vergütet, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung.

2.4.4 Vergütung der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigter Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen sowie Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen

Für die Honorierung der von ermächtigten Krankenhausärzten sowie ermächtigten Krankenhäusern, Einrichtungen und Institutionen, soweit diese keinen Regelleistungsvolumen unterliegen (s. Nr. 2.1, 2. Absatz), erbrachten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche. Dies gilt auch für Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen.

2.5 Für Regelleistungsvolumina, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumina, qualifikationsgebundene Zusatzvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst („Bereitschaftsdienst“) (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß Nrn. 2.2 bis 2.4 nicht dem Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gem. Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis

3. Festsetzung der Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen und „freie Leistungen“

3.1.1 Versorgungsbereichsspezifisches Verteilungsvolumen

Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß dem für das entsprechende Abrechnungsquartal geltenden Beschluss des (Erweiterten) Bewertungsausschusses stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anlage 4 zum Beschluss des Bewertungsausschusses verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

3.1.2 Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen

Für den jeweiligen Versorgungsbereich wird als weitere Ausgangsgröße das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen gebildet

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
- unter Abzug der Rückstellungen gem. Anlage 2 zum Honorarvertrag - unter Abzug der Vergütung für pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen,
- unter Abzug der Vergütung für innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM,
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- unter Abzug von 2 % des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens für abgestaffelt zu vergütenden Leistungen sowie
- unter Abzug des nach Nr. 5. vereinbarten Vergütungsvolumens.
- unter Abzug der zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die kein Regelleistungsvolumen erhalten.
- unter Abzug der Vergütung für humangenetische Leistungen des Kap. 11 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen
- unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für die Gebührenordnungspositionen 01410, 01413 und 01415. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. Nr. I.3 des Honorarvertrages multiplizierter Leistungsbedarf in vollem Umfang (100 %) zur Verfügung. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt unter Berücksichtigung der höheren Bewertung im EBM eine für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitliche Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche
- sowie unter Abzug der zu erwartenden Vergütung für Arztgruppen ohne RLV

3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 5 zum Beschluss des Bewertungsausschusses jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM und Beschluss des Bewertungsaus-

schusses Teil F, Abschnitt I., Nr. 4.1 verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß Anlage 6 zum Beschluss des Bewertungsausschusses jeweils auf nachfolgende arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche aufgeteilt:

- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Regelleistungsvolumen und
- Vergütungsbereich für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.
- Vergütungsbereich für „freie Leistungen“ (Nr. 1.1, 5. Absatz,)

3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 zum vorliegenden HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 7 zum Beschluss des Bewertungsausschusses und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Nr. 2.5 im Vorjahresquartal (FZ_{Arzt}). Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe gemäß Nr. 2.5 hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Aus Sicherstellungsgründen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität im Regelleistungsvolumen

Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß Nr. 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 7 Nr. 3 zum Beschluss des Bewertungsausschusses zu ermitteln.

3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

Für die in Anlage 2 zum vorliegenden HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall eine abweichende Regelung trifft (z. B. für Neupraxen).

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Fall gemäß Nr. 2.1 a) der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses

3.4 Ermittlung der „Freien Leistungen“

Das für die Finanzierung der „freien Leistungen“ (Nr. 1.2, 5. Absatz) erforderliche Honorarvolumen wird arztgruppenbezogen gemäß Nr. 1 der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses gebildet. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der „freien Leistungen“.

3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Fallgestaltungen:

Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.
- der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem Planungsbereich, der für diese Arztgruppe von Unterversorgung betroffen bzw. von Unterversor-

gung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß , Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 3 - nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist.

Darüber hinaus kann auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen in begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals des Vorjahres ein anderes Quartal als Referenzquartal zugrunde gelegt werden. Der Vorstand der KV Hessen kann außerdem im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von einer Abstaffelung in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen. Dies gilt insbesondere für Praxisbesonderheiten, die sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 20 % vorliegt. (RLV und QZV). Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entscheidet hierüber im Einzelfall.

3.6 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren, wird das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal zugrunde gelegt. Soweit diese Ärzte eine Praxis übernommen haben, werden stattdessen die Fallzahlen des Vorgängers zugrunde gelegt, soweit dies die für den Vertragsarzt günstigere Regelung darstellt.

3.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 10 % gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008, kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag der betroffenen Praxis befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben.

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM werden für

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die KV Hessen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß Nr. 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß Nr. 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach Nr. 1.1 vergütet.

4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung, ermittelt.

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in Nrn. 4.2.1 und 4.2.2.

4.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz des Honorarvertrages sowie dem für die in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 des Honorarvertrages zu bilden.

5. Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat ein konkretes Verfahren zur Bereinigung der arzt- praxisbezogenen Regelleistungsvolumen in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 mit dem Beschluss zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs bei Beitritt des Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V sowie zur damit verbundenen Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen festgelegt. Die Bereinigung der Regelleistungsvolumen erfolgt bis auf Weiteres in Anwendung des vorgenannten Beschlusses in seiner zuletzt bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung mit der Maßgabe, dass der dort unter Teil III Nr. 1.16a) ge-

nannte Schwellenwert i. H. v. 2,5 % nicht angewendet und somit in jedem Falle eine individuelle Bereinigung vorgenommen wird..

6. Maßnahmen zum Ausgleich des Honorardefizits bei HNO- und Augenärzten:

- 6.1** In Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 262. Sitzung am 31. August 2011 bzw. 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2012 wird sichergestellt, dass der Honoraranteil der Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, die die mit diesem Beschluss neu in den EBM aufgenommenen Leistungen (GOP 09329, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374, 09375, 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378) erbringen, durch geeignete Regelungen entsprechend erhöht wird. Dabei sind die einschlägigen Regelungen des Honorarvertrages 2012 zu beachten.

Der Mehrbedarf für die neuen Leistungen wird quartalsweise mit Hilfe eines Tools der KBV ermittelt und zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches in ein Vergütungsvolumen für die neuen Leistungen als freie Leistungen überführt. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Weitergehende Einzelheiten regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

- 6.2** In Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 262. Sitzung am 31. August 2011 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2012 wird sichergestellt, dass die Honorarsituation der ausschließlich konservativ tätigen Augenärzte durch Einführung des Zuschlags zur Grundpauschale (GOP 06225 EBM) spürbar verbessert wird. Dabei sind die einschlägigen Regelungen des Honorarvertrages 2012 zu beachten.

Das Vergütungsvolumen für die neue Leistung der ausschließlich konservativ tätigen Augenärzte wird quartalsweise aus dem RLV-Verteilungsvolumen der Augenärzte durch Abwertung der augenärztlichen Grundpauschalen in ein Vergütungsvolumen für die neue Leistung als freie Leistung überführt. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung dieser Leistungsbereiche.

Weitergehende Einzelheiten regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

(Nr. 2.1)

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 2 und 3 SGB V ermittelt und festgesetzt.
2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die KV Hessen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.
3. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen
 - Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
 - Fachärzte für Anästhesiologie
 - Fachärzte für Augenheilkunde
 - Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Neurochirurgie
 - Fachärzte für Frauenheilkunde sowie Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
 - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Fachärzte für Humangenetik
 - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 - Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM.“

Neuer Wortlaut Ziffer 1.3.1.

1.3.1 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind (Arztfall). Soweit im Folgenden der Kooperationsgrad berücksichtigt wird, ist dieser wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $((\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal} / \text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 2.5, Satz 1 im Abrechnungsquartal}) - 1) * 100$

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- a) bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht
- b) bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.

Die Zuschläge nach a) und b) werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß 3.1.2, 5. Spiegelstrich vergütet.

Grundlage für die Ermittlung des Zuschlages ist der Status der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Gewährung ist, dass der Zulassungsumfang der BAG mindestens 1,5 ist.

Die Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Dezember 2010 (245. Sitzung) regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Änderung Wortlaut Ziffer 3.2.1.**3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)**

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 zum vorliegenden HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 7 zum Beschluss des Bewertungsausschusses und der RLV-Fallzahl des Arztes gemäß Nr. 2.5 im Vorjahresquartal für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene bzw. im aktuellen Quartal für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene (FZ_{Arzt}). Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals der Arztgruppe gemäß Nr. 2.5 hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Aus Sicherstellungsgründen kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Einzelfall auf Antrag von der Minderung des Fallwertes abweichen. Für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit in Planungsbereichen ausüben, in denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die jeweilige Arztgruppe Unterversorgung festgestellt worden ist bzw. die von Unterversorgung bedroht sind, findet die Fallzahlabstaffelung gemäß Absatz 1 keine Anwendung.

Für Ärzte der gleichen RLV-Gruppe innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft gilt abweichend hiervon eine Verrechnungsmöglichkeit der RLV-Fälle untereinander.

Neuer Wortlaut Ziffer 3.3.

3.3 Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen je Arzt

Für die in Anlage 2 zum vorliegenden HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder
- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Einzelfall eine abweichende Regelung trifft (z. B. für Neupraxen).

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen erfolgt je Fall gemäß Nr. 2.1 a) der Anlage 8 zum Beschluss des Bewertungsausschusses. Dies geschieht mit der Maßgabe, dass für Ärzte der hausärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des aktuellen Abrechnungsquartals und für Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene die Fallzahl des Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Abweichend von den im o.g. Beschluss des Bewertungsausschusses erhöht sich das Verteilungsvolumen für die freie Leistung „Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren“ (GOP 35100, 35110, 35111, 35113 und 35 120 EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich auf das im korrespondierenden Quartal des Jahres 2009 vergütete Geldvolumen.

Soweit erforderlich können hierfür zur Finanzierung nicht verbrauchte Mittel aus dem RLV-Verteilungsvolumen der hausärztlichen Versorgungsebene verwendet werden.

Frankfurt, den 10. März 2012
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

gez. Frank Dastych
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Ausgefertigt zum Zwecke der Veröffentlichung gem. § 14 der Satzung der Kassenärztlichen
Vereinigung Hessen

Frankfurt, den 10. März 2012
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a smaller 'a' and a long, sweeping horizontal stroke that ends in a hook.

Frank Dastych
Vorsitzender der Vertreterversammlung