

Die Änderungen treten zu verschiedenen Zeitpunkten in Kraft. Der unter I. eingefügte § 10 Abs. 7 GEHV wird rückwirkend zum 01.07.2012 geändert, der unter II. neu eingefügte § 10 Abs. 8 und 9 GEHV tritt zum 01.07.2016 in Kraft. Die weiteren, unter III. dargestellten Änderungen der GEHV treten zum 01.01.2017 in Kraft.

I. Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung Hessen vom 01.07.2012 werden mit Wirkung ab dem 01.07.2012 wie folgt geändert:

In § 10 wird der Abs. 7 neu eingefügt:

Die Wartezeit von fünf Jahren nach § 2 Abs. 1 lit. a findet keine Anwendung auf Vertragsärzte, die vor dem 1. Juli 2012 ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Bereich der KV Hessen beendet haben. Zurechnungszeiten nach § 2 Abs. 4 werden nicht berücksichtigt. Die Wartezeit findet weiterhin keine Anwendung auf Vertragsärzte, die vor dem 1. Juli 2012 ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Bereich der KV Hessen begonnen haben und die Wartezeit wegen des Eintritts einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1 lit. c nicht erfüllen können. Zurechnungszeiten nach § 2 Abs. 4 werden nicht berücksichtigt, soweit die Berufsunfähigkeit vor dem 1. Juli 2012 eingetreten ist.

II. Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung Hessen vom 01.07.2012 werden mit Wirkung ab dem 01.07.2016 wie folgt zu ändern:

In § 10 werden zum 01.07.2016 die Abs. 8 und 9 neu angefügt:

- (8) Die Festsetzung der Beiträge und die Einordnung in Beitragsklassen sowie die Festsetzung des Punktwertes nach den bis 31. Dezember geltenden Grundsätzen der EHV erfolgt letztmalig zum 1. Juli 2016 mit Wirkung für zwei Quartale bis 31. Dezember 2016. Zum 1. Januar 2017 wird eine prozentuale Umlage nach den dann geltenden Grundsätzen der EHV erhoben und der Punktwert neu berechnet.
- (9) Für das Bezugsjahr ab 1. Januar 2017 wird für die erstmalige Festsetzung des Umlagesatzes nach § 5 Abs. 1 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung die Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 dem in diesem Zeitraum EHV-relevanten Gesamthonorar der an der EHV teilnehmenden Ärzte gegenübergestellt. Zum Zwecke der Ermittlung der Selektivvertragseinnahmen für den Zeitraum ab 1. Januar 2017, tritt die Nachweispflicht nach § 3 Abs. 4 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung bereits ab 1. Juli 2016 in Kraft.

III. Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung Hessen vom 01.07.2012 werden mit Wirkung ab dem 01.01.2017 wie folgt zu ändern:

§ 1

§ 1 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

In § 1 Abs. 4 Satz 1 werden die Worte „für die drei nachfolgenden Fallgestaltungen“ durch die Worte „im Übrigen“ ersetzt.

§ 2

§ 2 Abs. 1 b) wird wie folgt geändert:

In § 2 Abs. 1 b) wird „§ 1 Abs. 3 und 4“ ersetzt durch „§ 1 Abs. 2 und 3 oder bei vorzeitiger Teilnahme an der EHV nach § 1 Abs. 4“.

§ 2 Abs. 1 c) wird wie folgt geändert:

In § 2 Abs. 1 c) wird „Abs. 3 bis 5“ ersetzt durch „Abs. 2 bis 4“.

§ 2 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

Das Wort „beitragspflichtigen“ wird durch das Wort „umlagepflichtigen“ ersetzt.

§ 3

In § 3 wird die **Überschrift** „Beiträge und Beitragsklassen“ in „Umlage“ geändert

§ 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

Die EHV wird finanziert durch Umlagen der aktiven Vertragsärzte. Die Umlage wird in Form eines prozentualen Abzugs von dem über die KV Hessen abgerechneten Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im aktuellen Abrechnungsquartal zuzüglich der auf vier Quartale aufgeteilten Summe der für das Vor-Vorjahr gemeldeten bzw. geschätzten Honorare aus Selektivverträgen einbehalten.

§ 3 Abs. 1 Satz 3:

In § 3 Abs. Satz 3 werden die Worte „den Beitrag“ durch die Worte „die Umlage“ ersetzt.

§ 3 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

Abweichend von der prozentualen Umlage nach Absatz 1 wird jeweils zum 1. Januar eines Jahres für insgesamt vier Quartale eine Maximalumlage festgesetzt. Basis für die Festsetzung der quartalsweisen Maximalumlage ist die durchschnittliche EHV-Umlage je Zulassungsumfang der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale. Die Maximalumlage beträgt 250 % der durchschnittlichen EHV-Umlage. Überschreitet die prozentuale Umlage nach Abs. 1 die Maximalumlage, erfolgt der prozentuale Abzug vom Honorar in Höhe der Maximalumlage.

§ 3 Abs. 2 Satz 8 wird zu § 4 Abs. 2 und wie folgt geändert:

Das Wort „Beitragsstufen“ ersetzt durch die Worte „individuellen Umlagezahlung“.

§ 3 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

Die prozentuale EHV-Umlage ändert sich jeweils zum 1. Januar eines Jahres und bemisst sich an dem durch die aktiven Ärzte für das jeweilige Bezugsjahr (01.01. bis 31.12. eines Kalenderjahres) zur Verfügung zu stellenden Umlagevolumen nach § 5.

§ 3 Abs. 4 wird gestrichen

§ 3 Abs. 5 wird zu § 3 Abs. 4 und wird in den Sätzen 5 bis 12 wie folgt neu gefasst:

Soweit ein Nachweis über die erzielten ärztlichen Honorare einschließlich von solchen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, nicht vorgelegt wird, ist die KV Hessen befugt, die

Vergütung für Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, die der Vertragsarzt an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht hat und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen ausgezahlt wurde, zu schätzen. Für die Schätzung werden Vergleichsgruppen auf Basis der jährlichen Selektivvertragsmeldungen je Fachgruppe gebildet. Für die individuelle Festsetzung des Schätzbetrages erfolgt die Zuordnung zu der entsprechenden Vergleichsgruppe. Der Schätzbetrag wird in Höhe des Durchschnittswertes der höchsten Meldebeträge der Vergleichsgruppe festgesetzt. Darüber hinausgehende Einzelheiten zur Verfahrensweise bei der Schätzung werden durch den Vorstand der KV Hessen geregelt. Eine Schätzung erfolgt auch, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Diese Schätzung wird gegenüber dem Vertragsarzt festgesetzt. Gegen diese Festsetzung ist binnen eines Monats gegenüber der KV Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig.

§ 3 Abs. 6 wird zu § 3 Abs. 5 und wird wie folgt neu gefasst:

Für den Fall des Bezugs von Leistungen der EHV unter weiterer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 lit. b)), ist dieser Vertragsarzt weiterhin zur Zahlung der Umlage verpflichtet.

§ 4

§ 4 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

Die Höhe des Anspruchs aus der EHV ergibt sich je Quartal aus dem prozentualen Verhältnis der individuellen Umlage zur EHV im Vergleich zur durchschnittlichen Umlage pro Zulassungsumfang aller in diesem Quartal EHV-pflichtigen Vertragsärzte. Jedem Vertragsarzt wird vierteljährlich dieser Prozentsatz in gleicher Höhe als Punktzahl gutgeschrieben. Für die Durchschnittsumlage erhält der Vertragsarzt pro Quartal 100 Punkte.

Überschreitet der Jahresdurchschnitt der quartalsweisen prozentualen Verhältnisse (V) 100%, so werden die über die 400 Punkte hinausgehenden Punkte abgestaffelt zuerkannt und die Summe der Punkte im Jahr (P) wird wie folgt ermittelt:

$$P = [400 + (V - 100) * (3 - ((V - 100) / 25 - 1) * 0,2)] * N/4$$

Soweit für ein Kalenderjahr nicht durchgehend eine Umlage entrichtet wird, erfolgt die Punktegutschrift im Verhältnis der Umlagezeiträume (N = Anzahl der Quartale mit Teilnahme an der EHV) zum gesamten Kalenderjahr (4 Quartale).

Die Höhe des Anspruchs wird auf eine maximale Punktzahl von 14.000 Punkten begrenzt.

§ 4 Abs. 2 wird zu § 4 Abs. 3 und wird wie folgt geändert:

Das Wort „Beitragszeit“ wird durch die Worte „Umlagezeit nach Abs. 1“ ersetzt.

Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

§ 4 Abs. 3 wird zu § 4 Abs. 4 und wird wie folgt geändert:

Das Wort „festgelegt“ wird durch das Wort „festgesetzt“ ersetzt.

§ 4 Abs. 4 wird zu § 4 Abs. 5 und wird wie folgt neu gefasst:

Der Punktwert wird einmal jährlich zum 1. Januar eines Jahres angepasst.

Basis ist der Prozentsatz, um den sich das EHV-relevante Durchschnittshonorar vom Vor-Vor-Vorjahr zum Vor-Vorjahr verändert hat (Honorardynamik).

Das EHV-relevante Durchschnittshonorar ergibt sich durch eine Division des EHV-relevanten Gesamthonorars durch die im jeweiligen Betrachtungsjahr maßgebliche Anzahl der Zulassungsumfänge.

Das EHV-relevante Gesamthonorar umfasst das erzielte Honorar aller an der EHV teilnehmenden Ärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, das heißt alle für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die der EHV unterworfen sind.

[nicht genehmigt] Der Prozentsatz kann hierdurch maximal um 25 % verändert werden.

§ 4 Abs. 5 wird zu § 4 Abs. 6 und wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Wort „Juli“ durch das Wort „Januar“ ersetzt.

§ 4 Abs. 6 wird zu § 4 Abs. 7 und wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Worte „der Anspruch aus der EHV“ ersetzt durch die Worte „die individuell erworbene Punktzahl nach § 4 Abs. 1“.

§ 4 Abs. 7 wird zu § 4 Abs. 8 und wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Worte „nach Erreichen der Regelaltersgrenze“ gestrichen und das Wort „Beitragsleistung“ durch das Wort „Umlagezahlung“ ersetzt.

Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst: „Er erwirbt abweichend von Abs. 1 die Hälfte der im Rahmen der EHV-Umlage gutgeschriebenen Punkte, sofern die in Abs. 1 Satz 7 festgelegte maximale Punktzahl von 14.000 Punkten noch nicht erreicht ist. Die nach Satz 2 erworbenen Punkte werden für die Berechnung des EHV-Anspruchs mit der endgültigen Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit wirksam.“

§ 5

In § 5 wird die **Überschrift** „Paritätischer Defizitausgleich, Garantie der EHV-Leistungen“ ersetzt durch „Festlegung des Umlagevolumens, Paritätischer Defizitausgleich und Garantie der EHV-Leistungen“

§ 5 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

Bei der jährlichen Anpassung der Umlage und der Bezüge nach § 4 ist zu schätzen, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die EHV-Ausgaben durch das Umlagevolumen gedeckt werden.

Das Umlagevolumen wird ermittelt, indem der im vorherigen Bezugsjahr geltende Umlagesatz angewandt wird auf das für das kommende Bezugsjahr zu erwartende EHV-relevante Gesamthonorar nach § 4 Abs. 5, geschätzt auf Basis der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale sowie der Selektivvertragshonorare des Vor-Vorjahres.

Der sich daraus ergebende Betrag wird ins Verhältnis gesetzt zu dem aus der für das kommende Bezugsjahr zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche multipliziert mit dem aktuell gültigen Punktwert unter Berücksichtigung der sich aus § 4 Abs. 5 ergebenden Anpassung und dem sich ggf. aus § 6 Abs. 2 ergebenden zusätzlichen Finanzbedarf.

Sofern das Umlagevolumen nach Satz 2 deckungsgleich ist mit den zu erwartenden EHV-Ansprüchen nach Satz 3, wird der bisherige Umlageprozentsatz im aktuellen Bezugsjahr fortgeführt. Sollte sich ein Defizit ergeben, erfolgt der paritätische Defizitausgleich (Abs. 2).

Der am 1. Januar 2017 erstmals zu berücksichtigende Umlagesatz bestimmt sich nach § 10 Abs. 2.

§ 5 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

Das sich bei der Schätzung nach Abs. 1 ergebende Defizit ist zu gleichen Teilen durch die Umlagezahler und die EHV-Empfänger zu tragen. Es wird der Umlagesatz ergänzend zur Regelung in Abs. 1 Satz 2 so erhöht, dass die Hälfte der Differenz durch die erhöhte Umlage gedeckt wird. Weiterhin wird der errechnete Punktwert ergänzend zu § 4 Abs. 5 soweit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte des Defizits abgedeckt ist.

§ 5 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird „§ 4 Abs. 4“ durch „§ 4 Abs. 5“ ersetzt.

§ 5 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

Die Worte „der Beitragssätze“ werden ersetzt durch die Worte „des Umlagesatzes“.

§ 5 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

Die Berechnung der Anpassung nach § 4 Abs.5, der Maßnahmen nach den vorstehenden Abs. 1 bis 3 und der sich aus ihnen ergebende neue Punktwert, Umlagesatz und die Maximalumlage nach § 3 Abs. 2 sind vom Vorstand bis spätestens Ende Dezember für das kommende Bezugsjahr zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich der Punktwert und der Umlagesatz nicht verändern.

§ 6

§ 6 Abs. 1, Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

Sie ist von dem Vorstand bis zum 31. Dezember eines Jahres in Höhe von 7 % des für das vorherige Bezugsjahr festgestellten Umlagevolumens festzusetzen.

§ 6 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

Ergibt die Überprüfung des Finanzstatus einen vollständigen oder teilweisen Verzehr der Schwankungsreserve, so ist dieses Defizit zu dem Umlagevolumen nach § 5 Abs. 1 vor Durchführung der weiteren Rechenschritte hinzuzurechnen, so dass zusätzlich zur Finanzierung der Leistungen aus der Umlage die Schwankungsreserve auf den Sollwert aufgefüllt wird.

§ 9

§ 9 Abs. 2 b) wird wie folgt geändert:

Die Worte „aus dem EHV-Beitrag nach der individuellen Beitragsklasse“ werden durch die Worte „aus der Höhe der individuellen EHV-Umlage“ ersetzt.

§ 9 Abs. 2 i) Sätze 1 bis 3 werden wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Wort „Beiträge“ durch die Worte „einen Betrag“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Wort „Beiträge“ durch das Wort „Umlage“ ersetzt.

In Satz 3 wird das Wort „Beiträge“ durch das Wort „Umlagen“ ersetzt.

§ 9 Abs. 2 j) Satz 2 wird wie folgt geändert:

Das Wort „Beiträge“ wird durch das Wort „Umlagen“ ersetzt.

§ 10

§ 10 Abs. 1 bis 6 werden gestrichen

§ 10 Abs. 8 und 9 werden zu Abs. 1 und 2

§ 10 Abs. 7 wird zu Abs. 3

Inkrafttreten:

Die Änderung nach I. tritt zum 01.07.2016 mit Wirkung zum 01.07.2012 in Kraft. Die Änderung nach II. tritt zum 01.07.2016 in Kraft. Die Änderungen nach III. treten zum 01.01.2017 in Kraft.