

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab: 1. Januar 2017

Lesefassung mit Änderungsbeschlüssen der Vertreterversammlung vom
12. März 2016, 27. April 2016, 6. März 2021 und 29. Mai 2021

Die Vertreterversammlung der KV Hessen hat in ihren Sitzungen vom 12. März 2016 und 27. April 2016 Änderungen der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung beschlossen. Sie wurde gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 2. Juni 2016 genehmigt und mittels Rundschreiben veröffentlicht.

Weitere Änderungen hat die Vertreterversammlung der KV Hessen in ihren Sitzungen vom 06. März 2021 und 29. Mai 2021 beschlossen. Diese wurden gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 03. Dezember 2021 genehmigt und mittels Rundschreiben veröffentlicht.

Diese Lesefassung enthält alle Änderungen der GEHV seit der Neufassung zum 1. Juli 2012.

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab: 1. Januar 2017

In Ausführung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) vom 22. Dezember 1953 in der Fassung vom 14. Dezember 2009 hat die Vertreterversammlung der KV Hessen folgende Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) als Bestandteil der Satzung der KV Hessen beschlossen.

Präambel

Nachdem am 1. Januar 1968 zu der seit 1. Januar 1954 bestehenden Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen hinzugetreten ist, erklärt die Vertreterversammlung der KV Hessen ihren Willen, unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Aufbaues der beiden Versorgungswerke mit der Landesärztekammer Hessen im Interesse der Versorgung der hessischen Ärzteschaft und zum Schutze beider Einrichtungen zusammenzuwirken.

§ 1

Teilnahme an der EHV

- (1) Jeder niedergelassene Vertragsarzt¹ nimmt auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt = EHV-Empfänger) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil. Ein angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum oder ein nach § 95 Abs. 9 SGB V in einer Vertragsarzt-praxis angestellter Arzt sowie ein angestellter Arzt in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB V ist den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Der Anspruch ergibt und errechnet sich nach den nachfolgenden Bestimmungen und wird durch Bescheid festgesetzt.
- (2) Die Teilnahme an der EHV beginnt ohne Antrag für den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf die Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres (Regelaltersgrenze) folgt.

¹ Soweit in dieser Satzung von Vertragsarzt, Arzt oder EHV-Empfänger gesprochen wird, steht die jeweilige Formulierung auch für die weibliche Form. Auf die Aufnahme dieser Formulierung in den Text ist aus Gründen der Lesbarkeit dieser Bestimmung verzichtet worden.

- (3) Die vor dem 1. Januar 1950 Geborenen erreichen die Regelaltersgrenze abweichend von Absatz 2 mit der Vollendung des 65. Lebensjahres. Für die ab dem 1. Januar 1950 Geborenen wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

Geburtsjahr	Eintrittsalter	
	Jahre	Monate
1950	65	2
1951	65	4
1952	65	6
1953	65	8
1954	65	10
1955	66	0
1956	66	2
1957	66	4
1958	66	6
1959	66	8
1960	66	10
1961	67	0

- (4) Die Teilnahme an der EHV ist im Übrigen zu beantragen. Wird ein Antrag auf Teilnahme an der EHV später als drei Monate nach Eintritt des Versorgungsfalles gestellt, beginnen die Zahlungen vom Ersten des auf den Eingang des Antrages folgenden Monats.

Im Falle der vorgezogenen Teilnahme besteht der Anspruch auf Teilnahme für den Vertragsarzt auf Antrag ab dem vollendeten 65. Lebensjahr. Für die vor dem 1. Januar 1950 Geborenen beginnt die vorgezogene Teilnahme abweichend mit Vollendung des 63. Lebensjahres. Für die ab dem 1. Januar 1950 Geborenen erfolgt eine stufenweise Erhöhung dieser vorgezogenen Altersgrenze wie folgt:

Geburtsjahr	Eintrittsalter	
	Jahre	Monate
1950	63	2
1951	63	4
1952	63	6
1953	63	8
1954	63	10
1955	64	0
1956	64	2
1957	64	4
1958	64	6
1959	64	8
1960	64	10
1961	65	0

- (5) Der Anspruch auf Teilnahme an der EHV besteht für den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.
- (6) Der Anspruch auf Teilnahme an der EHV besteht für Hinterbliebene ab dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem der aktive Vertragsarzt oder der EHV-Empfänger verstorben ist.
- (7) Der Anspruch auf Teilnahme endet mit dem Monat, in dem der Berechtigte verstorben ist. Für die Waisen endet der Anspruch nach S. 1 oder nach § 8 Abs. 1 b).

§ 2

Voraussetzung für die Gewährung von Honorarzahlungen im Rahmen der EHV (Inanspruchnahme der EHV)

- (1) Die Teilnahme an der EHV setzt voraus:
 - a) eine vorausgegangene Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in eigener Praxis nach rechtskräftiger Zulassung im Bereich der KV Hessen oder eine vorausgegangene Tätigkeit als angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum oder in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V sowie in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB V von mindestens fünf Jahren;
 - b) Rechtskraft des Verzichts auf die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder Tod des Vertragsarztes, wobei ein Verzicht auf die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 1 Abs. 2 und 3 oder bei vorzeitiger Teilnahme an der EHV nach § 1 Abs. 4 nicht erforderlich ist, wenn weiterhin die Tätigkeit als Vertragsarzt oder angestellter Arzt eines vertragsärztlichen Leistungserbringers ausgeübt und eine Teilnahme an der EHV beantragt wird,
 - c) vor der Vollendung des Eintrittsalters nach § 1 Abs. 2 bis 4 zusätzlich die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes;
 - aa. Die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes (Berufsunfähigkeit) liegt dann vor, wenn dem Arzt unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes und aller sonstigen Umstände eine fortlaufende ärztliche Tätigkeit, sei es z. B. als angestellter Arzt oder in einem anderen Fachgebiet - gegebenenfalls auch nach einer Umschulungsfrist -, nicht zugemutet werden kann.
 - bb. Die Berufsunfähigkeit wird in der Regel durch zwei unabhängige Gutachter festgestellt. Die Gutachter sollen Mitglieder der KV Hessen sein; sie werden vom Vorstand der KV Hessen benannt. Der Vorstand der KV Hessen kann im Einzelfall beschließen, dass auch Nichtmitglieder der KV Hessen die Begutachtung durchführen können. Der antragstellende Arzt kann für die Erstbegutachtung von mehreren ihm vom Vorstand der KV Hessen benannten Gutachtern einen Gutachter seiner Wahl bestimmen. Der Vorstand der KV Hessen kann im Zweifelsfall ein Obergutachten einholen.
 - cc. Soweit ein Arzt bereits Bezüge aus der EHV wegen Berufsunfähigkeit vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze erhält, kann die KV Hessen die Fortdauer der Berufsunfähigkeit durch erneute Begutachtung durch zwei Gutachter überprüfen lassen.
- (2) Für den Fall einer befristeten Anerkennung der Berufsunfähigkeit ist anstelle des Verzichts nach Abs. 1 lit. b) auch das Ruhen der Zulassung aufgrund eines Beschlusses des Zulassungsausschusses bei der KV Hessen für die Dauer der Befristung ausreichend.
- (3) Für die Dauer einer von der KV Hessen vorgeschlagenen Umschulung, Weiterbildung oder Rehabilitationsmaßnahme können im Einzelfall Zuschüsse für die damit verbundenen Kosten und Überbrückungszahlungen auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen zu Lasten der Honorarverteilung übernommen werden. Die Zahlungen können auch während einer zeitweiligen Berufsunfähigkeit geleistet werden.
- (4) Die Zeit ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres wird bei der EHV hinzugerechnet (Zurechnungszeit). Es werden hierzu die durch den Vertragsarzt während der umlagepflichtigen Zeit im Durchschnitt pro Jahr erworbenen Punkte errechnet. Für jedes Jahr der Zurechnungszeit erfolgt eine Gutschrift an Punkten in Höhe des nach Satz 2 errechneten Durchschnitts. Unterjährige Zeiträume werden anteilig berücksichtigt. Die Anerkennung der Zurechnungszeit setzt eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Vertragsarzt voraus. Satz 5 gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eintritt.
- (5) Die Verfahren zu den Absätzen 1 lit. c, 2 und 3 werden vom Vorstand der KV Hessen geregelt.

§ 3

Umlage

- (1) 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 nach Berücksichtigung der besonderen Kosten nach § 3a zuzüglich der auf vier Quartale aufgeteilten Summe der für das Vor-Vorjahr gemeldeten bzw. geschätzten Honorare aus Selektivverträgen einbehalten. Soweit das über die KV Hessen abgerechnete Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im Quartal nicht ausreichend ist, um die Umlage durch Honorareinbehalt vollständig zu bedienen, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KV Hessen zu zahlen.
- (2) 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) 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.
- (4) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe. Im Ausnahmefall kann der Nachweis nach Satz 1 stattdessen unter Vorlage der vollständigen Unterlagen erbracht werden, sofern an Eides statt erklärt wird, dass kein Angehöriger der steuerberatenden Berufe beauftragt wurde, für den Zeitraum nach Abs. 1 Satz 2 eine Steuererklärung zu erstellen. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen. 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.
- (5) 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.

§ 3a

Berücksichtigung von Praxiskosten

- (1) Bei der Ermittlung der durch die KV Hessen vergüteten Honorarforderung des Vertragsarztes, die Grundlage für die Umlage nach § 3 Abs. 1 ist, werden für EHV-pflichtige Arztgruppen mit besonders hohen Kostenanteilen (besondere Kosten) diese besonderen Kosten nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze von der Honorarforderung abgezogen und nicht bei der Umlage nach § 3 Abs. 1 berücksichtigt. Eine Arztgruppe hat besondere Kosten, wenn deren durchschnittliche Kosten (in %) um mehr als 15 % über den durchschnittlichen Kosten aller EHV-pflichtigen Arztgruppen (in %) liegen. Die durchschnittlichen Kosten aller EHV-pflichtigen Arztgruppen und die durchschnittlichen Kosten je Arztgruppe (jeweils in %) werden anhand einer geeigneten Datengrundlage ermittelt, die erstmalig von der Vertreterversammlung beschlossen und vom Vorstand veröffentlicht wird. Die durchschnittlichen Kosten aller EHV-pflichtigen Arztgruppen werden berechnet, indem die durchschnittlichen Kosten (in %) aller EHV-pflichtigen Arztgruppen addiert und durch die Anzahl der zugrunde gelegten EHV-pflichtigen Arztgruppen dividiert werden.
- (2) Sofern für eine EHV-pflichtige Arztgruppe keine oder keine ausreichenden Daten aus der nach Abs. 1 ausgewählten Datengrundlage zu entnehmen sind, wird sie einer anderen Arztgruppe mit ausreichender Datengrundlage zugeordnet, mit der sie am ehesten vergleichbar ist.
- (3) Die nach den Absätzen 1 und 2 ermittelten Arztgruppen und Kosten werden gemäß der Anlage zu § 3a bezogen auf das jeweilige Bezugsjahr festgelegt. Der Vorstand ist anhand der Vorgaben unter den Absätzen 1 und 2 berechtigt, Korrekturen, Ergänzungen oder Aktualisierungen vorzunehmen, insbesondere wenn Änderungen der zugrundeliegenden Datenbasis dies erfordern.
- (4) Der Vorstand wird ermächtigt, Durchführungsbestimmungen zu erlassen.

§ 4

Höhe des Anspruchs

- (1) 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.

- (2) Auf Antrag von Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten kann der Vorstand unter Beibehaltung der individuellen Umlagezahlung eine Änderung der Aufteilung der satzungsgemäßen Punktgutschrift für die EHV für die in diesen Praxen/MVZ tätigen Ärzte gemäß dem beantragten Aufteilungsschlüssel genehmigen oder ablehnen.
- (3) Die über die Umlagezeit nach Abs. 1 erworbenen Punkte werden mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergibt sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs.
- (4) Der Punktwert wird mit vier Dezimalstellen festgesetzt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolgt eine kaufmännische Rundung.

- (5) 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.

- (6) Die Berechnung der Ansprüche aus der EHV nach Abs. 3 gilt jeweils für 12 Monate. Jeweils zum 1. Januar eines Jahres wird mit der Festlegung des Punktwertes auch die Berechnung der Ansprüche aus der EHV durch eine Anpassungsmitteilung aktualisiert.
- (7) Bei vorzeitigem Eintritt in die EHV nach § 1 Abs. 4 verringert sich die individuell erworbene Punktzahl nach § 4 Abs. 1 für jeden Monat, den der EHV-Empfänger vor Erreichen der Regelaltersgrenze in die EHV eintritt und Zahlungen empfängt, um 0,5%. Bei Eintritt in die EHV wegen Berufsunfähigkeit gilt S. 1 mit der Maßgabe, dass die Minderung des Anspruchs 12% nicht übersteigen darf, soweit keine Zurechnungszeiten nach § 2 Abs. 4 vorliegen. S. 2 gilt für Hinterbliebene entsprechend, wenn der aktive oder inaktive Vertragsarzt vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze verstorben ist.
- (8) Nimmt ein Vertragsarzt an der EHV teil und ist er zugleich vertragsärztlich tätig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b), ist er weiter zur Umlagezahlung verpflichtet. 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. Hierüber erfolgt ein gesonderter Bescheid für die in diesem Zeitraum erworbenen Punkte.

§ 5

Festlegung des Umlagevolumens, Paritätischer Defizitausgleich und Garantie der EHV-Leistungen

- (1) 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.

- (2) 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.

- (3) Abweichend von der Regelung in § 4 Abs. 5 und in den vorstehenden Absätzen 1 und 2 sind die Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der Punktwert von 0,1966 €. Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von Absatz 2 durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung des Umlagesatzes ausgeglichen.

Diese Regelung wird spätestens bis zum 30. Juni 2020 daraufhin überprüft, ob sie weiterhin finanzierbar ist. Wenn die Finanzierbarkeit nicht gegeben ist, wird diese Regelung geändert oder gestrichen. Eine solche Überprüfung erfolgt danach jeweils spätestens nach weiteren sechs Jahren.

- (4) 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

Schwankungsreserve

- (1) Es wird zum unterjährigen Defizitausgleich eine Schwankungsreserve vorgehalten. Sie ist von dem Vorstand bis zum 31. Dezember eines Jahres in Höhe von 7 % des für das vorherige Bezugsjahr festgestellten Umlagevolumens festzusetzen.
- (2) 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.

§ 7

Zahlung der EHV-Ansprüche

Die Auszahlung der EHV-Ansprüche erfolgt jeweils zum 25. eines Monats.

§ 8

Feststellung der Ansprüche für Hinterbliebene und Waisen

- (1) Teilnahmeberechtigte Hinterbliebene sind:
- a) die Witwe eines Vertragsarztes², wenn die Ehe mindestens zwei Jahre während der vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen bestanden hat.
- Die Zweijahresfrist muss erfüllt sein:
- bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Altersgründen mit dem Beginn der Inanspruchnahme der EHV,
 - bei Wegzug aus Hessen oder bei vorzeitigem freiwilligem Verzicht auf die Zulassung zum Zeitpunkt der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen,
 - bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Teilnahme an der EHV; sollte die vertragsärztliche Tätigkeit vor der Antragstellung beendet worden sein, gilt der Tag der Beendigung,

² Soweit nachfolgend von der Witwe eines Vertragsarztes gesprochen wird, steht dies auch für den Witwer einer Vertragsärztin. Auf die Aufnahme dieser Formulierung in den Text ist aus Gründen der Lesbarkeit dieser Bestimmungen verzichtet worden.

- bei Entziehung der Zulassung in dem Zeitpunkt, in dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund der Entziehung der Zulassung endet.

In besonderen Fällen kann auf Antrag bei Tod eines aktiven Vertragsarztes oder bei Eintritt einer unvorhergesehenen Berufsunfähigkeit (z. B. Unfall) oder zur Vermeidung besonderer Härten durch Beschluss des Vorstandes von der Zweijahresfrist abgesehen werden.

Besteht nach diesen Voraussetzungen ein Anspruch auf Teilnahme an der EHV nicht, wird eine einmalige Leistung in Höhe 7.000 Punkten gewährt.

- b) die Waisen des Vertragsarztes. Waisen sind die ehelichen Kinder und Adoptivkinder, falls die Adoption mindestens drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder des Todes erfolgt war. Waisen sind ferner die nichtehelichen Kinder eines Vertragsarztes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist. Die Teilnahmeberechtigung der Waise besteht bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Auf besonderen Antrag kann, falls eigenes Einkommen nicht besteht, die Teilnahmeberechtigung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres verlängert werden, wenn und solange die Waise sich noch in der Berufsausbildung befindet. Die Teilnahmeberechtigung endet mit dem Tage der Eheschließung.

Verzögert sich die Schul- und Berufsausbildung aus einem nicht von dem Waisen zu vertretenden Grunde über das 27. Lebensjahr hinaus, so können die Bezüge in besonderen Härtefällen auf Antrag entsprechend dem Zeitraum der nachgewiesenen Verzögerung länger gewährt werden.

- (2) Die Witwe eines Vertragsarztes hat einen Anspruch – vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen (3) bis (5) – in Höhe von 60 % des nach § 4 ermittelten Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes. Halbweisen haben einen Anspruch von 10 %, zusammen jedoch nicht mehr als weitere 40 % des Anspruches des verstorbenen Vertragsarztes. Vollweisen haben einen EHV-Anspruch von 20 %, jedoch zusammen nicht mehr als 100 % des Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes.

- (3) Ist die Witwe mehr als 10 Jahre jünger als der verstorbene Vertragsarzt, so vermindert sich ihr EHV-Anspruch für jedes volle Jahr, das 10 Jahre übersteigt, bei Eheschließung des Verstorbenen im Alter
- ab 60 Jahren um 2,0 %
 - unter 60 Jahren bis 50 Jahre um 1,5 %
 - unter 50 Jahren bis 40 Jahre um 1,0 %
 - unter 40 Jahren um 0,5 %

des Anspruchs nach Absatz 2. Bestand die Ehe länger als 10 Jahre, so wird für jedes Jahr des Weiterbestehens der gleiche Hundertsatz weniger abgesetzt.

- (4) Mit einer Wiederverheiratung der Witwe entfällt der Anspruch auf weitere Teilnahme an der Honorarverteilung mit Ende des Monats, in dem die Eheschließung stattfindet.

Auf Antrag erhält die Witwe eines Vertragsarztes bei Wiederverheiratung nach Vorlage der Heiratsurkunde eine Abfindung nach Maßgabe der nachstehenden Tabelle:

Vor Vollendung des

- 30. Lebensjahres 66 Monatsbezüge
- 35. Lebensjahres 60 Monatsbezüge
- 40. Lebensjahres 54 Monatsbezüge
- 45. Lebensjahres 48 Monatsbezüge
- 50. Lebensjahres 42 Monatsbezüge
- 55. Lebensjahres 36 Monatsbezüge
- 60. Lebensjahres 30 Monatsbezüge
- 65. Lebensjahres 24 Monatsbezüge

der Witwenbezüge. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt die Gewährung einer Abfindung. Diese Abfindung wird in monatlichen Beträgen ausgezahlt. Ein Wiederaufleben der Teilnahme an der EHV ist ausgeschlossen.

- (5) Die Zahlungen an Hinterbliebene erfolgen entsprechend § 1 Abs. 4 und 6 auf Antrag. Sie werden bei verspäteter Antragsstellung bis zu einem Jahr rückwirkend gewährt, soweit diese Verspätung auf einer Unkenntnis dieser Bestimmungen beruht. In besonderen Härtefällen können Zahlungen bis zu drei Jahren rückwirkend geleistet werden.
- (6) Die Abs. 1 bis 5 gelten für Lebenspartner im Sinne des LPartG entsprechend.

§ 9

Festlegung der Ansprüche bei Versorgungsausgleichsverfahren

- (1) Wird die Ehe eines anspruchsberechtigten Mitgliedes geschieden, werden Anrechte aus der EHV im Rahmen des Versorgungsausgleichs intern geteilt (§ 10 VersAusglG).
- (2) Für die Berechnung des Ehezeitanteils (§ 1 Abs. 1 VersAusglG) und des Ausgleichswerts (§ 1 Abs. 2 VersAusglG) gelten folgende Regelungen:
 - a) Das Anrecht ist unmittelbar zu bewerten (§ 39 VersAusglG). Bezugsgröße des Ehezeitanteils und des Ausgleichswerts sind die von dem ausgleichspflichtigen Mitglied in der Ehezeit (§ 3 Abs. 1 VersAusglG) begründeten Punkte (§ 4 Abs. 1). Teilungskosten (§ 13 VersAusglG) werden nicht erhoben.
 - b) Der korrespondierende Kapitalwert (§ 47 VersAusglG) ergibt sich, indem die Punktezahl des Ausgleichswerts mit dem zum Ende der Ehezeit maßgeblichen Punktwert multipliziert wird. Der maßgebliche Punktwert errechnet sich aus der Höhe der individuellen EHV-Umlage des beitragspflichtigen Mitglieds zum Ende der Ehezeit dividiert durch die für dieses Quartal erworbenen Ansprüche nach § 4 Abs. 1.
 - c) Die dem von dem Familiengericht begründeten eigenständigen Anrecht der ausgleichsberechtigten Person zugrunde liegende Punktezahl wird von der dem ausgleichspflichtigen Mitglied zustehenden Punktezahl abgezogen. Die Hinterbliebenenansprüche gemäß § 8 berechnen sich aus der Punktezahl des Mitgliedes nach der internen Teilung seines Anrechts.
 - d) Sind beide Ehepartner anspruchsberechtigte Mitglieder der KV Hessen und/oder bereits Empfänger von Leistungen aus der EHV, vollzieht sich der Ausgleich nur in Höhe des Wertunterschiedes der beiderseitigen Ausgleichswerte durch Verrechnung (§ 10 Abs. 2 VersAusglG).
 - e) Mit dem vom Familiengericht gemäß Abs. 2c begründeten eigenständigen Anrecht wird die ausgleichsberechtigte Person nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 bis 7, persönlich, d. h. unabhängig von dem ausgleichspflichtigen Mitglied, in die EHV einbezogen.
 - f) Zahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs werden für bereits eingetretene Versorgungsfälle vom Ersten des Monats an geleistet, der auf die Mitteilung der Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts folgt. Bis zum letzten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die KV Hessen von der Rechtskraft der Entscheidung Kenntnis erlangt hat, werden Zahlungen an das ausgleichspflichtige Mitglied mit befreiender Wirkung geleistet (§ 30 Abs. 1, 2 VersAusglG).
 - g) Ist die ausgleichsberechtigte Person gestorben und hat sie eine Versorgung aus ihrem im Versorgungsausgleich erworbenen Anrecht aus der EHV nicht länger als 36 Monate bezogen, wird auf Antrag das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds oder seiner Hinterbliebenen nicht länger aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzt (§§ 37, 38 Abs. 1 VersAusglG). Die Anpassung wegen Todes wirkt ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat der Antragstellung folgt (§§ 38 Abs. 2, 34 Abs. 3 VersAusglG).
 - h) Solange die ausgleichsberechtigte Person aus einem im Versorgungsausgleich erworbenen Anrecht keine laufende Versorgung erhalten kann und sie gegen das ausgleichspflichtige Mitglied ohne die Kürzung seines Anrechts durch den Versorgungsausgleich einen gesetzlichen Unterhaltsanspruch hätte, wird durch das Familiengericht auf Antrag die Kürzung der laufenden Versorgung des ausgleichspflichtigen Mitglieds aus der EHV in Höhe des Unterhaltsanspruchs ausgesetzt, maximal in Höhe der Differenz der beiderseitigen Ausgleichswerte (§§ 33, 34 Abs. 1 – 3 VersAusglG). Die Anpassung wirkt ab dem ersten

Tag des Monats, der auf den Monat der Antragstellung folgt (§ 34 Abs. 3 VersAusglG). Das ausgleichsverpflichtete Mitglied hat die KV Hessen unverzüglich über den Wegfall oder Änderungen seiner Unterhaltszahlungen, über den Bezug einer laufenden Versorgung aus einem auszugleichenden Anrecht sowie über den Rentenbezug, die Wiederheirat oder den Tod der ausgleichsberechtigten Person zu unterrichten (§ 34 Abs. 5 VersAusglG). Liegen die Voraussetzungen für eine Aussetzung der Kürzung des Anrechts nicht mehr vor, hebt die KV Hessen diese auf. Haben sich die Unterhaltszahlungen geändert, entscheidet über die Anpassung das zuständige Familiengericht (§ 34 Abs. 6). Hat die ausgleichsberechtigte Person gegen das ausgleichsverpflichtete Mitglied nur deshalb keinen Anspruch auf Unterhaltsleistung, weil das ausgleichsverpflichtete Mitglied im Rahmen der Ehescheidung den Anspruch auf Unterhaltsleistung durch eine Einmalzahlung abgegolten hat, so findet diese Regelung ebenfalls entsprechende Anwendung, soweit die durch die Einmalzahlung eintretende Belastung des ausgleichspflichtigen Mitglieds mit einer laufenden Unterhaltsleistung vergleichbar ist.

- i) Das ausgleichspflichtige Mitglied kann, solange es noch keine Leistungen aus der EHV bezieht, einen Beitrag einzahlen, um ein Anrecht aus der EHV, das im Rahmen des Versorgungsausgleichs durch einen Abschlag an Punkten gemindert worden ist, ganz oder teilweise wieder aufzufüllen. Die Höhe der zu zahlenden Umlage bestimmt sich nach der Zahl der Punkte, um die das Anrecht gemindert wurde, und dem entsprechend Absatz 2 b) Satz 2 berechneten Punktwert, jedoch zum Zeitpunkt der Zahlung der Beiträge. Findet eine Anpassung wegen Todes (lit. g) statt, sind die Umlagen ganz oder, wenn die ausgleichsberechtigte Person für weniger als 36 Monate Leistungen aus der EHV bezogen hat, zeitanteilig zurückzuzahlen.
 - j) Die ausgleichsberechtigte Person, die Mitglied der KV Hessen ist, noch keine Leistungen aus der EHV bezieht und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann, wenn im Rahmen des Versorgungsausgleichs zu ihren Gunsten ein sonstiges Anrecht extern geteilt wird (§§ 14, 17 VersAusglG), bestimmen, dass ihre bei der EHV bestehende Versorgung Zielversorgung i. S. des § 15 Abs. 1 VersAusglG ist. Die ihr gutgeschriebenen Beträge werden mit dem Punktwert zum Zeitpunkt der Zahlung der Umlagen in Punkte umgerechnet.
- (3) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 LPartG durchzuführen ist, finden die Absätze 1 und 2 entsprechende Anwendung.

§ 10

Übergangsregelung

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) 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.

- (4) Die Regelungen zur Festsetzung des Umlagesatzes, der Berücksichtigung von Praxiskosten, der Höhe des Anspruchs und der Schwankungsreserve in der Fassung der GEHV bis 31.12.2021 finden letztmalig für das Bezugsjahr 2021 Anwendung. Für das Bezugsjahr 2022 finden die Regelungen in der Fassung der GEHV ab 01.01.2022 Anwendung.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Neufassung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Eine Teilnahme an der Honorarverteilung nach diesen Grundsätzen erfolgt erstmals für das Quartal I/2017.



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN