

Auf den PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder
info.service-Sonderausgabe 2a

Nr. 2 a – Juni 2013

Sonderausgabe mit dem neuen
Honorarverteilungsmaßstab
und der Anlage 6 der Prüfvereinbarung

| | |
|--|-----------|
| Rundschreiben zum HVM | 2 |
| Honorarverteilungsmaßstab (HVM) | 3 |
| Rundschreiben zur Anlage 6 der Prüfvereinbarung | 20 |
| Anlage 6 zur Prüfvereinbarung | 21 |
| Impressum | 23 |

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat am 25. Mai 2013 Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen beschlossen, die hiermit bestimmungsgemäß veröffentlicht werden.

Sie finden als Anhang einerseits die Zusammenstellung der Detailänderungen und andererseits eine aktualisierte Lesefassung des Honorarverteilungsmaßstabes, in der die Änderungen eingearbeitet und kenntlich gemacht sind.

Neben redaktionellen Änderungen hat sich die Vertreterversammlung dafür ausgesprochen, dass

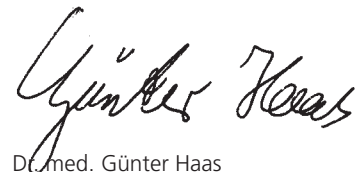
- die Vorwegleistungen auf eine Quote von 60 % zulasten der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für Honorarkorrekturen gestützt werden (vgl. HVM, Pkt. 2.4.6). Dies gilt für folgende Leistungen:
- pathologische Leistungen des Kapitels 19 EBM bei Probeneinsendungen
- Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM
- humangenetische Leistungen des Kapitels 11 EBM bei Probeneinsendungen

- Leistungen der ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser, Einrichtungen, Institutionen und der Arztgruppen ohne Regelleistungsvolumen
- Haus- und Heimbefuche
- ab dem Quartal 1/2013 die Bestimmungen zu den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen entfallen (ehem. HVM, Pkt. 4.2). Anstelle der Kapazitätsgrenzen werden für die entsprechenden Fachgruppen die erbrachten Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) als Vorwegleistungen vergütet. Wird die hierfür gebildete Rückstellung überschritten, erfolgt eine Quotierung der Vergütung.

Mit kollegialen Grüßen



Frank Dastych



Dr. med. Günter Haas

Ergänzung des

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

gültig ab: 1. Januar 2013

Beschluss der Vertreterversammlung vom 23. Februar 2013 / 25. Mai 2013

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V wird mit Wirkung ab 1. Januar 2013 wie folgt geändert:

1) Ziffer 2.3.1 in der bislang gültigen Fassung des HVM wird ersatzlos gestrichen. Die nachfolgenden Ziffern 2.3.2 bis 2.3.4 (alte Fassung) ändern sich dementsprechend in Ziffern 2.3.1 bis 2.3.3 (neue Fassung).

2) In Ziffer 2.3.3 (alt)/2.3.2 (neu) lautet der letzte Satz nunmehr wie folgt:

„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 € sowie mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multipliziertem angepassten Honorarvolumen werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.“

3) Ziffer 2.4.2 lautet wie folgt:

„Die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, sowie die Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232 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 zzgl. etwaiger Anpassungen durch Erhöhung OPW werden auf

das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.“

4) In Ziffer 2.4.4 werden nach Satz 3 folgende weitere Sätze eingefügt:

„Für die Honorierung der von

- Psychologischen Psychotherapeuten*
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
- anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien*

erbrachten Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 inkl. Suffix und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.“

5) Nach Ziffer 2.4.4 werden folgende weitere Ziffern eingefügt:

„2.4.5 Haus- und Heimbesuche

Die Haus- und Heimbesuche nach der GOP 01410, 01413 und 01415 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 9. Spiegelstrich vergütet. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit

dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.

2.4.6 Quotierung

Soweit eine Quotierung der Leistungen nach Ziffer 2.4.1. bis 2.4.5 die Quote von 60 % unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60 % zu Lasten der nach Ziffer 3.1.2 zweiter Spiegelstrich gebildeten Rückstellung.“

6) Ziffer 3.1.2 Satz 1, zweiter Spiegelstrich lautet wie folgt:

„- unter Abzug der Rückstellungen gem. Teil G Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V,“

7) Ziffer 3.1.2 Satz 1, vierter Spiegelstrich wird um den Zusatz ergänzt „...und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232,“

8) In Ziffer 3.1.2, zehnter Spiegelstrich werden die Sätze 2 und 3 ersatzlos gestrichen.

9) Nach Ziffer 3.1.2, 11. Spiegelstrich wird ein weiterer Spiegelstrich wie folgt eingefügt:

„- unter Abzug der Rückstellung nach 6.1.“

10) Ziffer 3.1.4 wird nach Satz 1, 3. Spiegelstrich um einen weiteren Absatz wie folgt ergänzt:

„Das RLV relevante Verteilungsvolumen wird durch die unter Ziffer 2.5 genannte relevante Fallzahl des Vorjahresquartals, angepasst um die Differenz zwischen der im aktuellen Quartal in Selektivverträge nach §§ 63, 73b, 73c, 140a ff SGB V eingeschriebene Versichertenanzahl und der im Vorjahresquartal eingeschriebenen Versichertenanzahl, geteilt.“

11) Ziffer 3.2.3 Satz 2 wird nach dem Begriff „Vergütungsvolumen“ um den Einschub „...gemäß 3.1.1...“ ergänzt.

12) Ziffer 3.4 wird nach Satz 2 um einen weiteren Satz wie folgt ergänzt:

„Sofern die für eine RLV-Gruppe in der fachärztlichen Versorgungsebene zurückgestellten Honorarvolumina für freie Leistungen im aktuellen Quartal nicht ausgeschöpft werden, werden diese nicht verbrauchten Honorarvolumina bei der RLV-Fallwertberechnung dieser RLV-Gruppen in der fachärztlichen Versorgungsebene im entsprechenden Quartal des Folgejahres zur Erhöhung des RLV-Fallwertes berücksichtigt.“

13) Ziffer 4 in der bislang gültigen Fassung des HVM wird ersatzlos gestrichen.

14) Ziffer 5.4 Satz 3 lautet wie folgt:

„Zur Ermittlung der bereinigten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen werden die RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen des Vorjahresquartals, - soweit die RLV-relevante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bereits durch eine im Vorjahresquartal aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigung beeinflusst ist, werden alle für das Vorjahresquartal gemeldeten Bereinigungsfälle hinzuaddiert (unbereinigte Fallzahl) - um die Summe der Bereinigungsfallzahlen im aktuellen Quartal gemindert.“

15) Ziffer 5.5 in der bislang gültigen Fassung des HVM wird ersatzlos gestrichen.

16) Ziffer 5.6 (alt) wird zu Ziffer 5.5 (neu) und lautet wie folgt:

„Ermittlung des Bereinigungsvolumens der RLV-Gruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes
Sofern der bereinigte Fallwert nach Nr. 5.4 den unbereinigten Fallwert nach Nr. 5.3 um weniger als 2,5 % unterschreitet, wird das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen. Unterschreitet der bereinigte Fallwert nach Nr. 5.4 den unbereinigten Fallwert nach Nr. 5.3 um mehr als 2,5 %, dann wird nur das RLV-Bereinigungsvolumen bis zum Erreichen der 2,5 % vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.“

17) Ziffer 5.7 (alt) wird zu Ziffer 5.6 (neu) und lautet wie folgt:

„Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Konnte nach Anwendung der Nr. 5.5 nicht das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen RLV-Gruppe bereinigt werden, wird dieses Restbereinigungsvolumen durch die Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals dividiert.“

18) Ziffer 5.8 (alt) wird zu Ziffer 5.7 neu und lautet wie folgt:

„Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

Der Bereinigungsfallwert nach 5.6 wird um den Anteil für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben (z.B. Förderung der Allgemeinmedizin) der KV Hessen erhöht.“

19) Ziffer 5.9 (alt) wird zu Ziffer 5.8 (neu) und lautet wie folgt:

„Ermittlung Bereinigungsvolumen RLV/QZV/frL je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Das Bereinigungsvolumen von RLV, QZV und frL eines am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes nach Nr. 5.7 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.“

20) Ziffer 5.10 (alt) wird zu Ziffer 5.9 (neu) und lautet wie folgt:

„Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis

Das nach Nr. 5.8 ermittelte individuelle Bereinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt wird vom aktuellen Quartalshonorar der Praxis abgezogen.“

21) Ziffer 5.11 (alt) wird zu Ziffer 5.10 (neu) und lautet wie folgt:

„Bereinigung von Vorwegabzügen im Abrechnungsquartal

Die in Nummer 5.2 ermittelten MGVBereinigungsbeiträge für Vorwegabzüge werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.“

22) Die übrigen Regelungen – insbesondere die Anlagen – bleiben unverändert.

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

gem. § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Stand: 25. Mai 2013 • gültig ab: 01. Januar 2013

Regelung gemäß den Beschlüssen der Vertreterversammlung
vom 23. Februar 2013/25. Mai 2013

Lesefassung mit Änderungen

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 insbesondere der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung wird 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 Arztpra-

xis 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 die im Honorarvertrag 2013 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV.

Wenn eine Arztpraxis die in Ziffer 3.3 i. V. m. Anlage 2 zum vorliegenden HVM 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 den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Der sich so ergebende Punktwert darf den festgelegten Orientierungspunktwert in Höhe von 0,035048 € nicht übersteigen.

Zusätzlich werden 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 = $\left(\frac{\text{RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Abrechnungsquartal}}{\text{Zahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 2.5, Satz 1 im Abrechnungsquartal}} - 1 \right) * 100$

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.

Weitere Einzelheiten 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 2 zum vorliegenden HVM 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 Teil A Ziffer 2.2.1 Punkte 1-18 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012, 288. Sitzung, sowie die im Honorarvertrag 2013 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV 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 den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung 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, 4. 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 Regelleistungsvolumens 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 Abschnitts 35.2 EBM kann auf Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine Verrechnung mit etwaigen Unterschreitungen des Vergütungsvolumens betreffend die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM erfolgen. Soweit hiernach noch ein Defizit besteht, erfolgt ein Vortrag auf das Folgequartal. (nur fachärztliche Versorgungsebene!)

2.3.1. Vergütung der Laborleistungen und -kosten

Die Vergütung der Laborleistungen und -kosten nach 2.3.2.1 – 2.3.2.6 erfolgt - in Umsetzung der Vorgabe der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil E - aus dem Vergütungsvolumen, das sich nach Ziffer 2.3 dieser Vorgabe – nachstehend „Vorgabe Teil E“ genannt - ergibt. Über- und Unterschreitungen des Vergütungsvolumens werden bei der Kalkulation des nächstmöglichen Quartals berücksichtigt.

2.3.1.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.1.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.1.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet.

2.3.1.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden - unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 2.3.2.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.2.4 aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 der Vorgabe Teil E vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

2.3.1.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

2.3.1.5.1

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 2.3.2.4 zu vergüten.

2.3.1.5.2

Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstaffelungsquote Q gemäß 1.2.4 der Vorgabe Teil E multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

2.3.1.5.3

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 2.3.2.5.2

| Arztgruppe | Referenz-Fallwert in Euro |
|---|---------------------------|
| Rheumatologen Endokrinologen | 40,- |
| Nuklearmediziner Hämatologen | 21,- |
| Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen | 4,- |

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

2.3.1.5.4

Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 2.3.2.5.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 2.3.2.5.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 2.3.2.5.1 durchführen.

2.3.1.5.5

Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einzelfall oder für die Arztgruppen insgesamt das Budget nach 2.3.2.5.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

2.3.1.6 Finanzierung der Leistungen

Das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG₃ durch die Vergütungen nach 2.3.2.1 bis 2.3.2.5 ist durch den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu bestimmen.

2.3.2 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 (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 Schritt 19 zu Anhang Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V vergütet. Für die Honorierung dieser Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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 € **sowie mit etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, multipliziertem** angepassten Honorarvolumen werden auf das Folgequartal vorgetragen und dann mit der Gesamtvergütung verrechnet.

2.3.3 Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V

Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds) wird ein Anteil von 0,1 % der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

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. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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, **sowie die Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232** 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 **zzgl. etwaiger Anpassungen durch Erhöhung OPW** 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. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.

2.4.4 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. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.

Für die Honorierung der von

- **Psychologischen Psychotherapeuten**
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
- **Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
- **anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien**

erbrachten Leistungen (mit Ausnahme der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 inkl. Suffix und der Leistungen des Kapitels 35.2 EBM) steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.

2.4.5 Haus- und Heimbefuche

Die Haus- und Heimbefuche nach der GOP 01410, 01413 und 01415 EBM werden aus dem Vergütungsvolumen gem. Nr. 3.1.2, 9. Spiegelstrich vergütet. Für die Honorierung der vorstehend genannten Leistungen steht deren im Vorjahresquartal anerkannter und mit dem Punktwert von 0,035048 € sowie etwaigen Anpassungsfaktoren gem. § 87a SGBV, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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.

2.4.6 Quotierung

Soweit eine Quotierung der Leistungen nach Ziffer 2.4.1. bis 2.4.5 die Quote von 60 % unterschreitet, erfolgt eine Stützung auf diese Quote von 60 % zu Lasten der nach Ziffer 3.1.2 zweiter Spiegelstrich gebildeten Rückstellung.

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 Ärz-

ten 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 § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V ohne die im Honorarvertrag 2013 unter der entsprechenden Ziffer vereinbarten Einzelleistungen mit einer Vergütung außerhalb der MGV stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen dar. Diese Ausgangsgröße wird auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.

Die Verteilung der sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 18.12.2012 für den Bezirk der KV Hessen ergebenden prozentualen Erhöhung des Behandlungsbedarfs (Nr. 2.2.4, 2. Absatz des Teils A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22.10.2012) erfolgt unter Berücksichtigung der Vorgaben für die Aufteilung in ein hausärztliches und fachärztliches Vergütungsvolumen wie folgt:

a) fachärztliche Versorgungsebene:

Der auf die fachärztliche Versorgungsebene entfallende Anteil aus der vorgenannten Erhöhung wird in einem separaten Honoraropf für die Stützung konservativ tätiger Fachärzte zur Verfügung gestellt.

Dabei gilt ein Facharzt als konservativ tätig, wenn mehr als 80 % seines angeforderten Leistungsbedarfs nach den EBM-Regelungen aus den Anteilen des RLV, der

QZV's und der freien Leistungen bestehen. Basis für die Ermittlung der konservativen Tätigkeit ist das aktuelle Abrechnungsquartal.

Abweichend hiervon gilt ein Facharzt für Augenheilkunde als konservativ tätig, wenn er nach den Bestimmungen gemäß Nr. 6 der Präambel zu Kapitel 6 EBM die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 erfüllt.

b) hausärztliche Versorgungsebene:

Der auf die hausärztliche Versorgungsebene entfallende Anteil aus der vorgenannten Erhöhung dient der Erhöhung des auf die hausärztliche Versorgungsebene entfallende Vergütungsvolumens aus Regelleistungsvolumen, Qualifikationsgebundener Zusatzvolumen und Freier Leistungen.

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. **Teil G Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V 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 **und den Fernpauschalen nach GOP 94226 und 94232,**
- 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. § 87a SGB V, die sich aus dem Honorarvertrag 2013 ergeben, 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
- **unter Abzug der Rückstellung nach 6.1**

3.1.3 Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das versorgungsbereichsspezifische RLV-Verteilungsvolumen wird gemäß Anhang Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V jeweils auf die entsprechenden Arztgruppen gemäß Anlage 1 zum vorliegenden HVM verteilt. Es entsteht jeweils ein arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen.

3.1.4 Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V 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)

Das RLV relevante Verteilungsvolumen wird durch die unter Ziffer 2.5 genannte relevante Fallzahl des Vorjahresquartals, angepasst um die Differenz zwischen der im aktuellen Quartal in Selektivverträge nach §§ 63, 73b, 73c, 140a ff SGB V eingeschriebene Versichertenzahl und der im Vorjahresquartal eingeschriebenen Versichertenzahl, geteilt.

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 den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V 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.

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 Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V zu ermitteln.

3.2.3

Sofern ein Facharzt konservativ tätig ist, erhält er einen Fallwertzuschlag je RLV relevanten Fall des Vorjahresquartals. Der Fallwertzuschlag je RLV relevanten Fall ermittelt sich in dem das im Honorartopf zur Stützung der konservativ tätigen Fachärzte zur Vergütung gestellte Vergütungsvolumen gemäß 3.1.1 durch die Summe der RLV relevanten Fälle des Vorjahresquartals der konservativ tätigen Fachärzte dividiert wird.

Ein konservativ tätiger Facharzt nimmt nicht an dieser Regelung teil, sofern im aktuellen Abrechnungsquartal bereits eine individuelle Erhöhung des RLV-Fallwertes erfolgt.

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 (Fachärzte) bzw. im Abrechnungsquartal (Hausärzte) 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 den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V. 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 vorgenannten Vorgaben 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.

3.4 Ermittlung der „Freien Leistungen“

Das für die Finanzierung der „freien Leistungen“ erforderliche Honorarvolumen wird arztgruppenbezogen gemäß Teil A Nr. 6 der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildet. Sofern dieses Honorarvolumen im Abrechnungsquartal überschritten wird, erfolgt eine Quotierung der „freien Leistungen“.

Sofern die für eine RLV-Gruppe in der fachärztlichen Versorgungsebene zurückgestellten Honorarvolumina für freie Leistungen im aktuellen Quartal nicht ausgeschöpft werden, werden diese nicht verbrauchten Honorarvolumina bei der RLV-Fallwertberechnung dieser RLV-Gruppen in der fachärztlichen Versorgungsebene im entsprechenden Quartal des Folgejahres zur Erhöhung des RLV-Fallwertes berücksichtigt.

3.5 Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

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 ins-

besondere 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 Unterversorgung bedroht ist und in dem die Sicherstellung der medizinischen Versorgung – auch nach Anwendung der Regelung gemäß , Nr. 3.2.1, zweiter Absatz, Satz 2 - 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 Kostenersparungen 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 II, Nr. 2.4, erster Absatz des Honorarvertrages 2010 in der Fassung der 2. Nachtragsvereinbarung vom 13. September 2010 sowie dem für die in Nr. 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt II, 3.1.3 des Honorarvertrages 2010 in der Fassung der 2. Nachtragsvereinbarung vom 13. September 2010 zu bilden.

5. Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen

Für die Bereinigung von Vorwegabzügen, freien Leistungen und arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach § 87b SGB V sowie der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63, 73b, 73c, 140a ff SGB V gelten die folgenden Grundsätze.

Ex-ante Einschreibung

5.1

Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigendem Vertrag nach §§ 63, 73b, 73c oder 140a ff. SGB V gesonderte Feststellung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den Selektivvertrag schließenden Krankenkassen und der KV Hessen vereinbarten Regelungen zur Bereinigung der MGV.

5.2

Der MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die am zu bereinigenden Vertrag teilnehmenden RLV-Gruppen entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes gem. MGV-Bereinigungsvertrag aufgeteilt. Die Aufteilung in Vorwegabzüge, RLV-Leistungen (RLV-Bereinigungsvolumen), QZV-Leistungen (QZV-Bereinigungsvolumen) und freie Leistungen erfolgt entsprechend.

5.3 Ermittlung des unbereinigten RLV-Fallwertes je RLV-Gruppe

Es wird jeweils für das aktuelle Quartal das unbereinigte RLV-Vergütungsvolumen einer RLV-Gruppe durch die RLV-relevante Behandlungsfallzahl aller Ärzte dieser RLV-Gruppe aus dem entsprechenden Vorjahresquartal dividiert. Soweit die RLV-relevante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bereits durch eine im Vorjahresquartal aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigung beeinflusst ist, werden alle für das Vorjahresquartal gemeldeten Bereinigungsfälle hinzuaddiert (unbereinigte Fallzahl).

unbereinigter RLV-Fallwert (FW1) =

unbereinigtes RLV-Vergütungsvolumen aktuelles Quartal (RLV-relevante BHF VJQ + gemeldete Bereinigungsfälle VJQ)

5.4 Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes je RLV-Gruppe

Zur Ermittlung des bereinigten RLV-Fallwertes wird das RLV-Bereinigungsvolumen für das aktuelle Quartal je RLV-Gruppe vom unbereinigten RLV-Vergütungsvolumen nach Nr. 5.3 der jeweiligen RLV-Gruppe abgezogen. Diese Differenz wird durch die Summe aller bereits bereinigten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen über alle Ärzte der RLV-Gruppe dividiert.

Zur Ermittlung der bereinigten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen werden die RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen des Vorjahresquartals, - **soweit die RLV-relevante Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals bereits durch eine im Vorjahresquartal aufgrund von Selektivverträgen vorgenommene Bereinigung beeinflusst ist, werden alle für das Vorjahresquartal gemeldeten Bereinigungsfälle hinzuaddiert (unbereinigte Fallzahl)** - um die Summe der Bereinigungsfallzahlen **im aktuellen Quartal** gemindert. Bereinigungsfallzahlen sind in diesem Fall die im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag ex-ante eingeschriebenen Versicherten, bei denen eine RLV-relevante Leistung des Bereinigungsziffernkranzes gem. MGV-Bereinigungsvertrag im Vorjahresquartal bei einem am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt abgerechnet wurde.

bereinigter RLV-Fallwert (FW2) =

*(unbereinigtes RLV-Vergütungsvolumen – RLV-Bereinigungsvolumen)
(RLV-relevante BHF VJQ - gemeldete Bereinigungsfälle mit RLV-Leistung im VJQ)*

5.5 Abweichung RLV-Fallwert

Der bereinigte RLV-Fallwert nach Nr. 5.4 darf vom unbereinigten RLV-Fallwert nach Nr. 5.3 höchstens 2,5 % abweichen. Unterschreitet der bereinigte RLV-Fallwert den unbereinigten RLV-Fallwert um mehr als 2,5 %, entspricht die Höhe des bereinigten RLV-Fallwertes max. 2,5 % unter dem unbereinigten RLV-Fallwert.

Korridorfallwert (FW3) = FW1 – FW2, jedoch FW2 max. < 2,5% von FW1

5.5 Ermittlung des Bereinigungsvolumens der RLV-Gruppe aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes

Sofern der bereinigte RLV-Fallwert nach Nr. 5.5 den unbereinigten RLV-Fallwert nach Nr. 5.3 unterschreitet wird die Differenz nach Maßgabe der Nr. 5.5 mit der unbereinigten Fallzahl nach Nr. 5.3 multipliziert.

Das so ermittelte Reinigungsvolumen wird vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.

Kollektiv-Reinigungsvolumen: WENN (FW 2 < FW 1), DANN FW 3* (RLV-relevante-BHF-VJQ + gemeldete-Bereinigungsfälle-VJQ)

Sofern der bereinigte Fallwert nach Nr. 5.4 den unbereinigten Fallwert nach Nr. 5.3 um weniger als 2,5 % unterschreitet, wird das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.

Unterschreitet der bereinigte Fallwert nach Nr. 5.4 den unbereinigten Fallwert nach Nr. 5.3 um mehr als 2,5 %, dann wird nur das RLV-Bereinigungsvolumen bis zum Erreichen der 2,5 % vom jeweiligen unbereinigten RLV-Verteilungsvolumen, welches im aktuellen Quartal zur Berechnung der RLV-Fallwerte zur Verfügung steht, abgezogen.

5.6 Ermittlung des Bereinigungsfallwertes je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Das RLV-Bereinigungsvolumen der RLV-Gruppe wird mit dem QZV-Bereinigungsvolumen der RLV-Gruppe nach Nr. 5.2 addiert. Hiervon wird das Bereinigungsvolumen aufgrund des bereinigten RLV-Fallwertes nach Nr. 5.6 abgezogen.

Konnte nach Anwendung der Nr. 5.5 nicht das gesamte RLV-Bereinigungsvolumen vom RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen RLV-Gruppe bereinigt werden, wird Es entsteht das Restbereinigungsvolumen der RLV-Gruppe. Dieses Restbereinigungsvolumen wird durch die Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals dividiert.

Bereinigungsfallwert Selektivvertragsärzte (FW 4):
(RLV-Bereinigungsvolumen + QZV-Bereinigungsvolumen – Kollektiv-Bereinigungsvolumen) / gemeldete-Bereinigungsfälle-aktuelles-Quartal

5.7 Erhöhung Bereinigungsfallwert für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

Der Bereinigungsfallwert nach 5.6 wird um den Anteil für die Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben (z.B. Förderung der Allgemeinmedizin) der KV Hessen erhöht.

Endgültiger-Bereinigungsfallwert-Selektivvertragsärzte (FW 5):
FW 4 + Anteil für Gewährleistung der gesetzlichen Aufgaben

5.8 Ermittlung Reinigungsvolumen RLV/QZV/frL je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt

Das Reinigungsvolumen von RLV, QZV und QZV/frL eines am Selektivvertrag teilnehmenden Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des Bereinigungsfallwertes nach Nr. 5.7 mit der jeweiligen individuellen Bereinigungsfallzahl des aktuellen Quartals.

Individuelles-Bereinigungsvolumen-je-am-Selektivvertrag-teilnehmenden-Arzt:

FW 5 x individuelle-Bereinigungsfallzahl-aktuelles-Quartal-je-Arzt

5.9 Bereinigtes RLV/QZV/frL je Arzt und Praxis

Das nach Nr. 5.8 ermittelte individuelle Reinigungsvolumen je am Selektivvertrag teilnehmenden Arzt wird vom aktuellen Quartalshonorar der Praxis abgezogen.

5.10 Bereinigung von Vorwegabzügen und Freien Leistungen im Abrechnungsquartal

Die in Nummer 5.2 ermittelten MGVBereinigungsbeträge für Vorwegabzüge und Freie Leistungen werden vom hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

6. Maßnahmen zum Ausgleich des Honorardefizits bei einzelnen Fachgruppen:

6.1

Es 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 2013 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.

Frankfurt, den 25. Mai 2013
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Weitergehende Einzelheiten regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

gez. Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

6.2

Es 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 2013 zu beachten.

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

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.

Frankfurt, den 25. Mai 2013
Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Weitergehende Einzelheiten regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Anlage 1

zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (Nr. 2.1)

– vom Abdruck wird abgesehen –

Anlage 2

zum Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

– vom Abdruck wird abgesehen –

Neuregelung zum Grundsatz „Beratung vor Regress“ in der Anlage 6 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes am 01. Januar 2012 wurden die Vertragspartner verpflichtet, den Grundsatz „Beratung vor Regress“ in einer gesonderten Vereinbarung festzulegen. Die KV Hessen hat sich nach einem längeren Verhandlungszeitraum Ende des Jahres 2012 mit den Verbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf die beigefügte Anlage zur Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V geeinigt. Entsprechend § 24 der Prüfvereinbarung ist die Durchführung einer Beratung sowohl im Arzneimittel- als auch Heilmittelbereich nach bestimmten Kriterien die Voraussetzung dafür, dass Maßnahmen in Form eines Regresses durchgeführt werden können.

Die Anlage 6 zur PV ist mit Wirkung vom 01. Januar 2013 in Kraft getreten und wird erstmals auch mit Wirkung vom 1. Quartal 2013 umgesetzt. Nachdem der Grundsatz „Beratung vor Regress“ gemäß § 106 Abs. 5 e letzter Satz rückwirkend auch auf offene Altverfahren anzuwenden ist, gilt dies auch für Verfahren vor dem Zeitraum des Inkrafttretens.

Die von allen Vertragspartnern unterzeichnete Anlage 6 zur Prüfvereinbarung ist beigefügt.

Claudia M. Reusch
Fachreferentin Vertragswesen

Anlage 6

zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Beratung gem. § 24 Prüfvereinbarung

§ 1 Gegenstand und Ziel der Beratung

Die gezielte Beratung der Ärzte, die nach § 106 Abs. 5 SGB V weiteren Prüfmaßnahmen in der Regel vorangehen soll, dient dem Zweck, die Verordnungsweise der Ärzte im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses positiv zu beeinflussen.

§ 2 Inhalte der Beratung

Inhalte der Beratung im Arzneimittelbereich sind beispielsweise:

- Qualitative Bewertung von Arzneimitteltherapien
- Evidenz-basierter Einsatz von Arzneimitteln
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
- Information zu Arzneimittelwechselwirkungen
- Polypragmasie und Mengenkontrolle
- Altersspezifische Arzneimitteltherapie
- Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln
- Vermeidung von Arzneimitteln mit kontrovers diskutierter Wirkung
- Vermeidung von patentgeschützten Arzneimitteln, die gegenüber eingeführten generisch verfügbaren

ren Präparaten nur marginale therapeutische Vorteile aufweisen

Inhalte der Beratung im Heilmittelbereich sind beispielsweise:

- Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind
- Art und Umfang der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe unter dem Gesichtspunkt des med. Erfordernisses des Einzelfalls innerhalb des Regelfalls
- Informationen zur Einhaltung behandlungsfreier Intervallen
- über die Notwendigkeit einer zwingend durchzuführenden störungsbildabhängigen Diagnostik innerhalb und außerhalb des Regelfalls
- Qualitative Bewertung der veranlassten Heilmitteltherapie
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung
- Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei der Wahl des Heilmittels bei gleicher Diagnose/Indikation
- Abwägung einer Heilmittelverordnung unter Beachtung der Vorschriften der Heilmittel-Richtlinie¹ sowie deren Anlagen in der jeweils gültigen Fassung
- Abwägung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 3 Durchführung der Beratung

(1) Die Prüfungsstelle führt in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch. Die Prüfungsstelle kann qualifizierte Berater an der Beratung beteiligen. Ferner kann sie die Durchführung der Beratung an qualifizierte und neutrale Berater delegieren.

(2) Eine individuelle Beratung hat insbesondere bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % zu erfolgen. Nähere Einzelheiten sind in § 4 geregelt.

(3) Zur Abwendung eines Regresses bzw. einer Kürzung kann der Arzt um eine Beratung auch selbst nachsuchen und beantragen, das Prüfungsverfahren einstweilen auszusetzen. Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss entscheiden hierüber im Einvernehmen mit den Beteiligten des Prüfverfahrens. Die Beratung soll innerhalb von 4 Wochen nach dieser Entscheidung erfolgen. Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss treffen ihre abschließende Entscheidung aufgrund der Auswirkung der Beratung. Abs. 1 gilt entsprechend.

(4) Grundlage der Beratung sind insbesondere Übersichten über die von den Ärzten im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren

¹ Insbesondere § 3 Abs. 5, 6 und 9 (Stand: 01.10.2012)

Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen. Die Vertragspartner verständigen sich mit der Prüfungsstelle über Art und Umfang der Beratungsunterlagen.

- (5) Über den Inhalt und die Ergebnisse der Beratung wird ein Protokoll erstellt, das den Vertragspartnern zugeht.

**§ 4
Beratungen nach § 106
Abs. 5 e SGB V**

- (1) Die als Folge der erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % durchzuführende Beratung durch die Prüfungsstelle kann erst nach Abschluss des kompletten Prüfverfahrens einschließlich des Widerspruchsverfahrens an Stelle einer Ersatzverpflichtung (insbesondere eines Regresses) erfolgen. Eine erstmalige Überschreitung wird für den Arzneimittel- und Heilmittelbereich getrennt voneinander bewertet.
- (2) Die Festlegung der erstmaligen Überschreitung orientiert sich an der BSNR sowie der NBSNR.
- (3) Die Beratung erfolgt in mündlicher Form, um dem gesetzlichen Anspruch nach einer individuellen Beratung gerecht zu werden.
- (4) Die Beratung soll - priorisiert nach Beratungsbedarf - innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens erfolgen. Bei Ablehnung der Beratung durch den Arzt gilt die Beratung als erfolgt. Bei dreimaliger Verhinderung des Arztes gilt die Beratung als abgelehnt, wenn nicht besondere, vom Arzt darzulegende Gründe (z. B. eine schwere Erkrankung) dem entgegenstehen.

(5) Im Rahmen dieser Beratung können Ärzte in begründeten Fällen schriftlich eine Vorab-Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen.

Der Arzt muss geeignete Unterlagen beibringen, die eine Anerkennung durch die Prüfungsstelle und eine Nachvollziehbarkeit für jeden objektiven Dritten (Gerichte) ermöglichen. Für den Arzt besteht eine Mitwirkungspflicht. Die pauschale Berufung auf einen Rechtsanspruch ist nicht ausreichend.

(6) Die Prüfungsstelle kann die auf Antrag vorab festzustellenden Praxisbesonderheiten für die Zukunft nur inhaltlich/qualitativ definieren; die Feststellung basiert auf einer Annahme, die dann im eigentlichen Prüfverfahren auf Grundlage der Darlegung des Arztes zu überprüfen ist. Die Quantifizierung der anzuerkennenden Beträge für Praxisbesonderheiten bemisst sich an den dann im eigentlichen Prüfverfahren tatsächlich geltend gemachten bzw. festgestellten Praxisbesonderheiten.

(7) Praxisbesonderheiten, die von der Prüfungsstelle vorab anerkannt werden, sind dem Arzt gegenüber per rechtsmittelfähigem Bescheid zu bestätigen. Hierin ist der Hinweis aufzunehmen, dass Verordnungen im Rahmen der anerkannten Praxisbesonderheiten wirtschaftlich zu erfolgen haben.

**§ 5
Sonstiges**

Die Anlage 6 tritt mit Wirkung vom 01. Januar 2013 in Kraft und ist Bestandteil der Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 27. Februar 2013

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
HESSEN

.....
Stellvertr. Vorsitzender
des Vorstandes

AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN
HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND HESSEN

.....
IKK CLASSIC

.....
SVLFG als LANDWIRTSCHAFTLICHE
KRANKENKASSE

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion
Frankfurt

.....
VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V.
(vdek)

.....
Die Leiterin der
vdek-Landesvertretung Hessen

.....

Impressum:

Herausgeber (V.i.S.d.P.)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
vertreten durch den Vorstand

Redaktion

Karl Matthias Roth
Katharina Guntersdorf
Petra Bendrich

Kontakt zur Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion „Auf den Punkt“
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt

Tel.: (0 69) 7 95 02-467

Fax: (0 69) 7 95 02-501

E-Mail: aufdenpunkt@kvhessen.de

Grafik

Judith Scherer

Druck

Friedrich Bischoff Druckerei GmbH

Nachdruck:

Der Inhalt dieser Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder Kopie sowie die Vervielfältigung auf Datenträger dürfen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Herausgeber erfolgen. Eine Weitervermarktung von Inhalten ist untersagt.

Zuschriften:

Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor.

Haftungsausschluss:

Trotz sorgfältiger Recherche und Erstellung dieser Broschüre kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr übernommen werden. Haftungsansprüche sind ausgeschlossen.

Bezugspreis:

„Auf den Punkt“ erhalten alle hessischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft der KV Hessen. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.



Kontakt zur Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion „Auf den Punkt“
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt_2013



www.kvhessen.de/infoservice_2013

