

**Aufgrund des § 87 b SGB V und des § 7 Abs. 16
der Hauptsatzung der KV RLP
hat die Vertreterversammlung der KV RLP
am 15. November 2017 folgenden**

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
zum 1. Januar 2018**

beschlossen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

Inhaltsverzeichnis zum HVM	Seite
§ 1 Grundlagen	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Grundlagen / Bewertung von Leistungen	3
§ 4 Verteilung der Vergütungen	4
§ 5 Vorrang von gesamtvertraglichen Regelungen	4
§ 6 Vergütung von ambulanten Notfalleleistungen	4
§ 7 Rechtsmittel	5
§ 8 Inkrafttreten	5

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

§ 1 Grundlagen

Auf der Grundlage des § 87 b SGB V regelt der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) die Verteilung der Gesamtvergütungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags und der sonstigen Zahlungen aus regionalen Vereinbarungen mit den jeweiligen Partnern der Gesamtverträge nach §§ 85, 87 a SGB V. Er regelt ferner die Verteilung der Salden aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser HVM gilt für vertragsärztliche Leistungen der im Bereich der KV RLP zugelassenen Vertragsärzte/innen, Psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, Laborgemeinschaften, ermächtigten Ärzte/innen, ermächtigten Krankenhäuser, ermächtigten, ärztlich geleiteten Einrichtungen – nachfolgend mit Vertragsarzt bezeichnet, Nichtvertragsärzte/innen hinsichtlich der Behandlung von Notfällen gemäß Richtlinie der KV RLP anerkannte Praxisnetze sowie für Krankenhäuser für die ambulante Inanspruchnahme aufgrund Vermittlung von Patienten durch die Terminservicestelle (TSS) gem. § 75 Abs. 1a SGB V.
- (2) Darüber hinaus nehmen Vertragsärzte mit Zulassung außerhalb des Bereiches der KV RLP an der Honorarverteilung für ihre in Rheinland-Pfalz im Rahmen einer genehmigten KV-übergreifenden Tätigkeit erbrachten Leistungen teil. Es gelten die Bestimmungen der KBV-Richtlinie zur KV-übergreifenden Berufsausübung (Leistungsrecht am Leistungsort).
- (3) Praxis im Sinne dieses HVM ist der Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten an seiner Betriebsstätte, der auch die Nebenbetriebsstätten der Praxis einschließt. Praxis in diesem Sinne ist auch die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ.

§ 3 Grundlagen/Bewertung von Leistungen

- (1) Die Voraussetzungen zur Berücksichtigung von vertragsärztlichen Leistungen bei der Honorarverteilung sind in der Abrechnungsordnung der KV RLP geregelt und finden entsprechend Anwendung.
- (2) Grundlage für die Honorarverteilung ist das Kalendervierteljahr (Quartal). Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach den jeweils aktuellen gesetzlichen, vertraglichen und sonstigen Bestimmungen, insbesondere nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), für das Quartal vergütet, für das sie eingereicht wurden.
- (3) Die Bewertung von Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, richtet sich nach den mit den Partnern der Gesamtverträge getroffenen Vereinbarungen.
- (4) Die Bewertung von belegärztlichen Leistungen erfolgt gemäß EBM sowie nach den in der Honorarvereinbarung vereinbarten Regelungen.
- (5) Anerkannte Leistungen im Sinne dieses HVM sind die nach Anwendung der Bestimmungen des EBM (Erfüllung der spezifischen Anforderungen der Leistungslegende) beziehungsweise sachlich-rechnerischer Richtigstellung, der Punktzahlobergrenze bei Job-sharing-Praxen sowie nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannten und zur Verteilung kommenden Leistungen in Punkten.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

- (6) Die Berechnungen mengenbegrenzender Maßnahmen sowie von Punktwerten erfolgen je Quartal einheitlich über alle Krankenkassen.
- (7) Die Bereinigung der individuellen Mengenbegrenzung bei Abschluss von Selektiv-Verträgen erfolgt nach den entsprechenden Vorgaben der Vereinbarungen mit den Gesamtvertragspartnern.

§ 4

Verteilung der Vergütungen

- (1) Die gemäß § 1 zur Verfügung stehenden Beträge werden entsprechend der **Anlage 1** zum HVM unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzung gemäß **Anlage 2** zum HVM verteilt. Die Verteilung erfolgt getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich entsprechend der Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung.

Der Vorstand wird ermächtigt, über die Bildung notwendiger Rückstellungen und deren Auflösung zu entscheiden. Hierbei sind die Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung zu beachten.

- (2) Bei der Verteilung der Vergütungen sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung gehörenden nach § 3 anerkannten Leistungen zu berücksichtigen. Soweit in Verträgen und Richtlinien für bestimmte vertragsärztliche Leistungen die Erfüllung besonderer Anforderungen oder der Nachweis bestimmter Qualifikationen beziehungsweise Genehmigungen verlangt wird, werden diese Leistungen bei der Honorarverteilung berücksichtigt, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 5

Vorrang von gesamtvertraglichen Regelungen

- (1) Regelungen im Honorarvertrag mit den Krankenkassen zur Vergütung von Leistungen haben Vorrang gegenüber hiervon abweichender Regelungen im HVM. Bei Herausnahme von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) erfolgt eine Bereinigung des jeweiligen Versorgungsbereiches sowie des jeweiligen Honorarfonds und der PZ Vorjahr des jeweiligen Arztes entsprechend dem Leistungsumfang im Vorjahresquartal.
- (2) Verbindliche Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung haben Vorrang gegenüber hiervon abweichender Regelungen im HVM.

§ 6

Vergütung von ambulanten Notfalleleistungen

- (1) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institutionen und Krankenhäuser können ambulante Notfallbehandlungen nur dann abrechnen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und eine Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist.
- (2) Ein Vergütungsanspruch für ambulante Notfalleleistungen durch die in Abs. 1 genannten Leistungserbringer besteht nur dann, wenn die Inanspruchnahme in sprechstundenfreien Zeiten erfolgte und dadurch Vertragsärzte die Behandlung nicht übernehmen konnten. Nicht vertretbare Umstände im Sinne des Abs. 1 sind im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

§ 7 Rechtsmittel

Gegen Entscheidungen, die aufgrund dieses HVM ergehen, steht dem betroffenen Vertragsarzt der Widerspruch an die KV RLP gemäß § 10 Abs. 1 der Hauptsatzung der KV RLP zu; das Widerspruchsverfahren gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.

§ 8 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 1. Januar 2018 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnungsfälle des 1. Vierteljahres 2018 anzuwenden.

Ausgefertigt:

Mainz, den 15. November 2017

Gez.
Dr. Olaf Döscher
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KV RLP

Anlage 1

Inhaltsverzeichnis der Anlage 1 zum HVM	Seite
1. Grundsätze zur Vergütung der Leistungen	7
2. Vergütung von Leistungen innerhalb der mGV	7
3. Berechnung der Honorarfonds im hausärztlichen Versorgungsbereich	11
4. Berechnung der Honorarfonds im fachärztlichen Versorgungsbereich	12
5. Leistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds	13
6. Leistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds	14
7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds	15
8. Punktwert für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung	16
9. Härtefallregelung	16
10. Förderung von Praxisnetzen	17
11. Entschädigungszahlungen an Vertragsärzte gemäß § 103 Absatz 3a SGB V	17

1. Grundsätze zur Vergütung der Leistungen

1.1 Vergütung von Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV-Leistungen)

Leistungen **außerhalb** der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Honorarvereinbarung mit den Kassenverbänden (EGV-Leistungen) oder aufgrund sonstiger vertraglicher Regelungen werden den Vertragsärzten entsprechend der jeweiligen vertraglichen Vereinbarung vergütet. Die EGV-Leistungen unterliegen weder einer Trennung nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich noch einer Vergütung innerhalb der Fachgruppenfonds.

1.2 Vergütung von Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV-Leistungen)

Leistungen **innerhalb** der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV-Leistungen) unterliegen mit Ausnahme der Leistungen gemäß Ziffer 2.1 und 2.2 dieser Anlage der Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen **Grundbetrag**. Die Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen **Grundbetrag** erfolgt entsprechend den Vorgaben der KBV.

1.3 Orientierungswert

Unter dem im HVM verwendeten Begriff des Orientierungswertes ist der Punktwert zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V zu verstehen.

1.4 Morbiditätsrate

Unter dem im HVM verwendeten Begriff der Morbiditätsrate ist die morbiditätsbedingte Veränderung der Gesamtvergütung gemäß § 87 a Abs. 4 Satz 3 SGB V zu verstehen.

2. Vergütung von Leistungen innerhalb der mGV

2.1 Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst

Für die Leistungen des organisierten Notfalldienstes durch niedergelassene Ärzte und Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ) sowie Notfalleleistungen durch Krankenhausambulanzen wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) gebildet.

Die Leistungen des organisierten Notfalldienstes durch niedergelassene Ärzte und BDZ sowie Notfalleleistungen durch Krankenhausambulanzen werden mit dem Orientierungswert vergütet.

Übersteigt/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen/zugeführt.

2.2 Grundbetrag Labor

Für die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM mit Ausnahme der Leistungen nach Ziffer 1.1 dieser Anlage (EGV-Leistungen) sowie dem Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß GOP 32001 EBM und den Laborpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag (Grundbetrag „Labor“) gebildet.

Die Vergütung der Leistungen innerhalb dieses Grundbetrages richtet sich nach Ziffer 2.2.1 bis 2.2.5 dieser Anlage in Verbindung mit den Vorgaben der KBV in Teil E zur Vergütung von Laborleistungen.

Übersteigt/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „Labor“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen/zugeführt.

2.2.1 Konsiliar- und Grundpauschalen

Aus dem Grundbetrag „Labor“ werden die Grund- beziehungsweise Konsiliarpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM des jeweiligen Quartals in Höhe des Orientierungswertes mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4458 vergütet.

2.2.2 Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)

Aus dem Grundbetrag „Labor“ wird der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) des jeweiligen Quartals in Höhe des Orientierungswertes vergütet.

2.2.3 Laborleistungen gemäß GOP 32025 bis 32027 EBM sowie GOP 32035 bis 32039 EBM, GOP 32097 und 32150 EBM

Aus dem Grundbetrag „Labor“ werden die Laborleistungen gemäß GOP 32025 bis 32027 EBM sowie GOP 32035 bis 32039 EBM, 32097 und 32150 EBM des jeweiligen Quartals entsprechend den Kostensätzen des EBM vergütet.

2.2.4 Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM

Aus dem Grundbetrag „Labor“ werden die speziellen Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.2 und Abschnitt 32.3 EBM gemäß den Kostensätzen des EBM multipliziert mit der bundeseinheitlichen und von der KBV ermittelten Vergütungsquote Q honoriert. Ausgenommen hiervon sind die Leistungen gemäß Ziffer 2.2.3 dieser Anlage.

Die quotierte Vergütung für Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärzte“ erfolgt unter Berücksichtigung der Obergrenze gemäß Ziffer 2.2.5 dieser Anlage.

2.2.5 Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärzte“

Für die quotierte Vergütung von Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch ermächtigte Laborärzte sowie „Nicht-Laborärzte“ besteht gemäß Teil E Abschnitt 3.4 der Vorgaben der KBV eine Obergrenze je Praxis.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

Diese Obergrenze ergibt sich je Arzt aus der Zahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle des Arztes multipliziert mit dem Referenzfallwert der jeweiligen Fachgruppe sowie der Vergütungsquote Q wie folgt:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in EUR vor Quotierung
Endokrinologen, Rheumatologen	40,00
Hämatologen, Nuklearmediziner	21,00
Übrige Fachgruppen	4,00

Die Obergrenze der Praxis ergibt sich aus der Summe der Obergrenzen der Ärzte der Praxis mit Genehmigung zur Erbringung von Leistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM.

Bei der Ermittlung der Obergrenze werden Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Laborleistungen („reine Laborfälle“) sowie die hierbei abgerechneten Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM nicht mitgezählt.

2.2.6 Ausnahmeregelung

Der Vorstand kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag der Praxis eine Anhebung oder eine Aufhebung der Obergrenze gemäß Ziffer 2.2.5 dieser Anlage beschließen.

2.3 Hausärztlicher Grundbetrag

Für die Vergütung der Leistungen gemäß Ziffer 1.2 dieser Anlage (mGV-Leistungen) der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte abzüglich der Leistungen nach Ziffer 2.1 dieser Anlage (Bereitschaftsdienst) und 2.2 dieser Anlage (Labor) steht je Quartal ein Grundbetrag zur Verfügung.

Der hausärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

2.4 Fachärztlicher Grundbetrag

Für die Vergütung der Leistungen gemäß Ziffer 1.2 dieser Anlage (mGV-Leistungen) der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte abzüglich der Leistungen nach Ziffer 2.1 dieser Anlage (Bereitschaftsdienst) und 2.2 dieser Anlage (Labor) steht je Quartal ein Grundbetrag zur Verfügung.

Der fachärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

2.5 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich steht der hausärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.3 dieser Anlage zuzüglich der Auflösung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes zur Verfügung. Von diesem Betrag werden vor Aufteilung auf die Honorarfonds in Abzug gebracht:

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der mGV des jeweiligen Quartals,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

- Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den hausärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal gemäß Mitteilung der KBV (nur mGV – ohne Labor, Notfalldienst),
- Bildung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes,
- auf den hausärztlichen Bereich entfallende Vergütung zur Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Ziffer 10 dieser Anlage.

Das nach Abzug der Vorwegleistungen verbleibende Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird nach Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM differenziert.

2.6 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich steht der fachärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.4 dieser Anlage zuzüglich der Auflösung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes zur Verfügung. Von diesem Betrag werden vor Aufteilung auf die Honorarfonds in Abzug gebracht:

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der mGV des jeweiligen Quartals,
- Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den fachärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal gemäß Mitteilung der KBV (nur mGV – ohne Labor, Notfalldienst, genetisches Labor, PFG),
- Honorarfonds für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV gemäß Ziffer 2.7 dieser Anlage,
- Bildung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes,
- Grundbetrag genetisches Labor gemäß Ziffer 2.8 dieser Anlage,
- Grundbetrag PFG (Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung) gemäß Ziffer 2.9 dieser Anlage,
- auf den fachärztlichen Bereich entfallende Vergütung zur Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Ziffer 10 dieser Anlage.

Das nach Abzug der Vorwegleistungen verbleibende Honorarvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird nach Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM differenziert.

2.7 Honorarfonds für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV

Der Honorarfonds für die Leistungen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte ohne die antragspflichtige Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM und ohne Probatorik nach GOP 35150 EBM ergibt sich nach dem Anteil dieser Leistungen am fachärztlichen Punktzahlvolumen des Vorjahres gemäß Ziffer 2.4 dieser Anlage (mGV-Leistungen ohne Bereitschaftsdienst und Labor).

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

Der Punktwert für diese psychotherapeutischen Leistungen ergibt sich durch Gegenüberstellung des Honorarfonds mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen des jeweiligen Quartals. Der so ermittelte Punktwert beträgt mindestens 5,00 Cent und darf den Orientierungswert nicht überschreiten.

Bei Unterschreitung des Mindestpunktwertes erfolgt eine Anhebung des Honorarfonds zur Sicherung des Mindestpunktwertes. Bei Überschreitung des Höchstpunktwertes erfolgt eine entsprechende Absenkung. Der Ausgleich erfolgt aus dem Honorarvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Ziffer 2.6 dieser Anlage.

2.8 Grundbetrag genetisches Labor

Für die Leistungen des genetischen Labors nach GOP 11230, 11233 bis 11236, 11310 bis 11312, 11320 bis 11322 EBM sowie GOP 32860 bis 32864, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM (Grundbetrag „genetisches Labor“) wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag (Grundbetrag „genetisches Labor“) gebildet.

Der Punktwert für die Leistungen des genetischen Labors ergibt sich aus der Gegenüberstellung des Grundbetrages unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten mit dem Leistungsbedarf im aktuellen Quartal. Der so ermittelte Punktwert beträgt mindestens 80 Prozent des Orientierungswertes und entspricht höchstens dem Orientierungswert.

Übersteigt/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „genetisches Labor“ unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten, so wird der Differenzbetrag dem fachärztlichen Grundbetrag entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen/zugeführt.

2.9 Grundbetrag PFG

Der Grundbetrag für die Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung.

Der Verteilungspunktwert PFG ergibt sich durch die Gegenüberstellung des Grundbetrages PFG unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos aus Forderungen und Verbindlichkeiten mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen im aktuellen Quartal.

3. Berechnung der Honorarfonds im hausärztlichen Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden Honorarfonds für die Allgemeinärzte und hausärztlichen Internisten einerseits und Kinderärzte andererseits gebildet.

Die Höhe des Honorarfonds je Fachgruppe richtet sich nach dem Honorarvolumen gemäß Ziffer 2.5 dieser Anlage nach Abzug der Vorwegleistungen multipliziert mit dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahres aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Hierbei bleiben Leistungen nach Ziffer 1.1 dieser Anlage (EGV-Leistungen) sowie Ziffer 2.1 bis 2.2 dieser Anlage (Labor und Bereitschaftsdienst) und Kosten Kapitel 40 EBM unberücksichtigt. Entsprechendes gilt für Selektivvertrags-Leistungen gemäß Ziffer 3.3 dieser Anlage.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

3.1 Honorarklammer von 5 Prozent

Der nach Ziffer 3 dieser Anlage ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf aufgrund einer Änderung des Anteils der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahres aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 Prozent über- oder unterschreiten („Honorarklammer“). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

Der Vergleich zum Vorjahresquartal erfolgt vor der Berücksichtigung von Veränderungen der hausärztlichen Gesamtvergütung zum Vorjahr aufgrund einer Veränderung der mGV und der Bildung oder Auflösung von Rückstellungen.

3.2 Beobachtungspflicht

Die Vertreterversammlung wird die Entwicklung der Arztzahl in der jeweiligen Fachgruppe sowie die Auswirkung auf das Punktzahlvolumen im Hinblick auf eventuell bestehenden Anpassungsbedarf beobachten. Entsprechendes gilt bei Änderungen der Bewertungsrelationen im EBM im Vergleich zum Vorjahr.

3.3 Bereinigung aufgrund von Selektiv-Verträgen

Soweit aufgrund bestehender Selektiv-Verträge eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage um das von den Krankenkassen im Rahmen der Datenlieferung für Selektiv-Verträge übermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

3.4 Bereinigung von Honorarfonds auf Grund einer Herausnahme von Leistungen aus der mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Bereinigung der mGV erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage um das von der KV in Abstimmung mit den Vertragspartnern ermittelte anteilige Bereinigungsvolumens reduziert.

4. Berechnung der Honorarfonds im fachärztlichen Versorgungsbereich

Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden Honorarfonds für Fachgruppen gemäß **Anhang A** zum HVM gebildet.

Die Höhe des Honorarfonds je Fachgruppe richtet sich nach dem Honorarvolumen gemäß Ziffer 2.6 dieser Anlage nach Abzug der Vorwegleistungen multipliziert mit dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahres aller an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Hierbei bleiben Leistungen nach Ziffer 1.1 dieser Anlage (EGV-Leistungen) sowie Ziffer 2.1 bis 2.2 dieser Anlage (Labor und Bereitschaftsdienst) und Kosten Kapitel 40 EBM, psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV, genetisches Labor und PFG unberücksichtigt. Entsprechendes gilt für Selektivvertrags-Leistungen gemäß Ziffer 4.3 dieser Anlage.

4.1 Honorarklammer von 5 Prozent

Der nach Ziffer 4 dieser Anlage ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf aufgrund einer Änderung des Anteils der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahl-

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

volumen des Vorjahres aller an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 Prozent über- oder unterschreiten („Honorarklammer“). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

Der Vergleich zum Vorjahresquartal erfolgt vor der Berücksichtigung von Veränderungen der fachärztlichen Gesamtvergütung zum Vorjahr aufgrund einer Veränderung der mGV und der Bildung oder Auflösung von Rückstellungen.

4.2 Beobachtungspflicht

Die Vertreterversammlung wird die Entwicklung der Arztzahl in der jeweiligen Fachgruppe sowie die Auswirkung auf das Punktzahlvolumen im Hinblick auf eventuell bestehenden Anpassungsbedarf beobachten. Entsprechendes gilt bei Änderungen der Bewertungsrelationen im EBM im Vergleich zum Vorjahr.

4.3 Bereinigung aufgrund von Selektiv-Verträgen

Soweit aufgrund bestehender Selektiv-Verträge eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 4 dieser Anlage um das von den Krankenkassen im Rahmen der Datenlieferung für Selektiv-Verträge übermittelte anteilige Bereinigungsvolumens reduziert.

4.4 Bereinigung von Honorarfonds auf Grund einer Ausdeckelung von Leistungen

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, wird der Honorarfonds der betroffenen Fachgruppe gemäß Ziffer 4 dieser Anlage um das von der KV in Abstimmung mit den Vertragspartnern ermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

5. Leistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 5.1 dieser Anlage aufgeführten Leistungen werden aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet:

5.1 Vorwegleistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds

- Versichertenpauschalen gemäß Anhang C zum HVM mit dem Orientierungswert,
- Heim und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungswert,
- Belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungswert,
- Chronikerpauschalen gemäß den GOP 03220 und 03221 EBM sowie GOP 04220 und 04221 EBM mit dem Orientierungswert,
- Hausärztliche, geriatrische und palliativmedizinische Versorgung gemäß Abschnitt 3.2.4 und 3.2.5 EBM mit dem Orientierungswert,
- Sozialpädiatrisch orientierte, eingehende Beratung und palliativmedizinische Versorgung gemäß Abschnitt 4.2.4 und 4.2.5 EBM mit dem Orientierungswert,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

- Problemorientiertes hausärztliches Gespräch gemäß GOP 03230 EBM sowie GOP 04230 EBM mit dem Orientierungswert,
- Zusatzpauschale nach GOP 03040 EBM und GOP 04040 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages mit dem Orientierungswert,
- Zuschlag für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten sowie Besuche/Mitbesuche durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten nach den GOP 03060 bis 03065 EBM mit dem Orientierungswert.

5.2 Übrige Leistungen der hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 3 dieser Anlage enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 5.1 dieser Anlage aufgeführten hausärztlichen Leistungen unterliegen einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 zum HVM geregelt.

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 5.2 dieser Anlage ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1, 3.3 und 3.4 dieser Anlage abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 dieser Anlage.

6. Leistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 6.1 dieser Anlage aufgeführten Leistungen werden aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet:

6.1 Vorwegleistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

- Grundpauschalen gemäß Anhang C zum HVM mit einem Punktwert von 9,00 Cent,
- Heim- und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungswert,
- Belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungswert,
- Zusatzpauschalen nach den GOP 09329, 09343, 09364, 09365, 09372 bis 09375 EBM, GOP 20338 bis 20343 EBM, GOP 20364 und 20365 EBM sowie GOP 20372 bis 20375 EBM mit einem Punktwert von 9,00 Cent,
- Leistungen zur Betreuung und Behandlung eines Patienten mit einer onkologischen Erkrankung gemäß § 2 Abs. 3 der Onkologievereinbarung Rheinland-Pfalz (GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 EBM) mit dem Orientierungswert,
- Leistung nach der GOP 05310 EBM (präanästhesiologische Untersuchung durch Anästhesisten bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 und 36.2 EBM) mit dem Orientierungswert,
- Augenärztliche Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM mit einem Punktwert von 9,00 Cent,
- Vergütung von Krankenhäusern für ambulante Leistungen bei Vermittlung durch die Terminservicestellen mit dem Orientierungswert.

6.2 Übrige Leistungen der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 4 dieser Anlage enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 6.1 dieser Anlage aufgeführten fachärztlichen Leistungen unterliegen grundsätzlich einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 zum HVM geregelt.

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 6.2 dieser Anlage ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1, 4.3 und 4.4 dieser Anlage abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 6.1 dieser Anlage.

7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds

In Anlage 2 zum HVM ist die Mengenbegrenzung je Praxis sowie die Ermittlung des Leistungsbedarfs des Vorjahres (PZ Vorjahr) als auch des darüber hinausgehenden Leistungsbedarfs (PZ Zuwachs) geregelt.

Für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung (Ermächtigte Ärzte und Institute, Pathologen und Einsendezytologen, Humangenetiker und Laborärzte) gilt die Regelung gemäß Ziffer 8 dieser Anlage.

Für alle übrigen Fachgruppen werden für die PZ Vorjahr und PZ Zuwachs je Fachgruppenfonds getrennte Punktwerte wie folgt ermittelt:

7.1 Honorarfonds für den Leistungsbedarf des Vorjahres (PZ Vorjahr)

Der Honorarfonds für die PZ Vorjahr einer Fachgruppe beträgt 98 Prozent des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 dieser Anlage für den hausärztlichen Versorgungsbereich beziehungsweise Ziffer 6.2 dieser Anlage für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für die PZ Vorjahr einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 Ziffer 7.1 dieser Anlage dividiert durch die Summe der abgerechneten Leistungen aller Ärzte der Fachgruppe bis maximal zum jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals.

7.2 Honorarfonds für den zusätzlichen Leistungsbedarf (PZ Zuwachs) zum Vorjahr

Der Honorarfonds für den PZ Zuwachs einer Fachgruppe beträgt 2 Prozent des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 dieser Anlage für den hausärztlichen Versorgungsbereich beziehungsweise Ziffer 6.2 dieser Anlage für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für den PZ Zuwachs einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 Ziffer 7.2 dieser Anlage dividiert durch die Summe der abgerechneten Leistungen aller Ärzte der jeweiligen Fachgruppe über den jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals hinaus.

7.3 Punktwert für die PZ Vorjahr

Der Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.1 dieser Anlage beträgt im hausärztlichen Versorgungsbereich mindestens 8,50 Cent, im fachärztlichen Versorgungsbereich mindestens 7,00 Cent. Wird dieser Punktwert unterschritten, so wird der Punktwert für die Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 beziehungsweise Ziffer 6.1 dieser Anlage der jeweiligen Fachgruppe solange quotiert, bis der Punktwert von 8,50 beziehungsweise 7,00 Cent für die PZ Vorjahr erreicht ist. Sinkt dadurch auch der

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 beziehungsweise Ziffer 6.1 dieser Anlage unter den obigen Mindestpunktwert, so wird ein einheitlicher Punktwert für die Vorwegleistungen und die PZ Vorjahr vergütet.

Ist der Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.1 dieser Anlage rechnerisch höher als der Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 beziehungsweise Ziffer 6.1 dieser Anlage, wird ein einheitlicher höherer Punktwert für die Vorwegleistungen und die PZ Vorjahr vergütet.

7.4 Punktwert für den PZ Zuwachs (Mehrleistungen zum Vorjahr)

Der Punktwert für den PZ Zuwachs gemäß Ziffer 7.2 dieser Anlage beträgt bei allen Fachgruppen mindestens 1,5 Cent. Wird dieser Punktwert unterschritten, so wird der Punktwert für die PZ Vorjahr der jeweiligen Fachgruppe entsprechend quotiert.

Ist der Punktwert für den PZ Zuwachs gemäß Ziffer 7.2 dieser Anlage höher als der Punktwert für die PZ Vorjahr der jeweiligen Fachgruppe, so wird für beide ein einheitlicher Punktwert vergütet.

8. Punktwert für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung

8.1 Punktwert für ermächtigte Ärzte

Der Punktwert für die Fachgruppe der ermächtigten Ärzte und Institute ergibt sich aus der Division des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 6.2 dieser Anlage durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 7,00 Cent und darf den Orientierungswert nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 dieser Anlage der übrigen Fachgruppen unter Anwendung der Honorarklammer.

8.2 Punktwert für Auftragsärzte

Der Punktwert für Auftragsärzte ergibt sich aus der Division des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 6.2 dieser Anlage durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 80 Prozent des Orientierungswertes und darf den Orientierungswert nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 dieser Anlage der übrigen Fachgruppen unter Anwendung der Honorarklammer.

9. Härtefallregelung

Beträgt der Honorarrückgang einer Praxis nach Anwendung der obigen Verteilungsregelung mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Entwicklung der Fallzahl und des Leistungsbedarfes, so kann der Vorstand der KV RLP auf Antrag der Praxis eine Begrenzung des Honorarverlustes auf 15 Prozent je Fall beschließen.

Voraussetzung für eine Stützung ist, dass der Honorarverlust von 15 Prozent nicht auf einen Rückgang des Leistungsumfanges zurückzuführen ist.

Die mögliche Stützungsmaßnahme wird auf Grundlage der jeweiligen Honorarbescheide unter Berücksichtigung eventueller nachträglicher Korrekturen ermittelt. Die Finanzierung der Stützungsmaßnahme erfolgt aus den Rückstellungen des jeweiligen Versorgungsbereiches.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

10. Förderung von Praxisnetzen

Die gemäß Richtlinie der KV RLP anerkannten Praxisnetze erhalten eine Förderung je Quartal je nach Erfüllung der Kriterien nach § 4 Abs. 2 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen und deren Anlage 1:

- Praxisnetze der Basis-Stufe: 10 EUR je Arzt des Praxisnetzes
- Praxisnetze der Stufe I: 15 EUR je Arzt des Praxisnetzes
- Praxisnetze der Stufe II: 20 EUR je Arzt des Praxisnetzes

Die Auszahlung des Förderbetrages erfolgt an das jeweilige Praxisnetz.

Die Aufteilung des Förderbetrages je Praxisnetz nach haus- und fachärztlichem Bereich erfolgt anteilig nach den im jeweiligen Praxisnetz vertretenen Haus- und Fachärzten.

11. Entschädigungszahlungen an Vertragsärzte gemäß § 103 Absatz 3a SGB V

Hat der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent abgelehnt und kommt es dadurch zu Entschädigungszahlungen durch die KV an den Vertragsarzt beziehungsweise seine Erben gemäß § 103 Absatz 3a SGB V, so sind diese Entschädigungszahlungen aus demjenigen Honorarfonds gemäß Anhang 1 des HVM vorweg zu erstatten, aus dem der zu entschädigende Vertragsarzt bis zu seinem Ausscheiden vergütet wurde.

Anlage 2

Inhaltsverzeichnis zur Anlage 2 zum HVM	Seite
1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP	19
2. Übermäßige Ausdehnung	19
3. Ermittlung PZ Vorjahr	19
4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung	21
5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung	22

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP

Die Leistungen einer Praxis gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM (Leistungen des Fachgruppenfonds) unterliegen einer Mengenbegrenzung je Quartal.

Diese orientiert sich an dem Durchschnitt der Arztgruppe (übermäßige Ausdehnung gemäß Ziffer 2 dieser Anlage) sowie an der Punktzahl des Vorjahresquartals der Praxis (PZ Vorjahr).

Sind in einer Praxis sowohl Ärzte mit als auch ohne Mengenbegrenzung tätig, so gilt die für den jeweiligen Arzt zutreffende Regelung gemäß dieser Anlage.

Die Regelungen für Berufsausübungsgemeinschaften gelten entsprechend auch für Praxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren.

Ausgenommen von der Mengenbegrenzung nach Ziffer 2 und 3 dieser Anlage sind:

- ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie übrige ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte,
- ermächtigte Ärzte,
- Institute,
- Auftragsärzte,
- Praxen der übrigen Fachgruppen mit weniger als 100 Fällen im aktuellen Quartal.

Ebenfalls ausgenommen von der Mengenbegrenzung nach Ziffer 2 und 3 dieser Anlage sind Ärzte, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach Paragraph 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat.

Bei Praxen der übrigen Fachgruppen mit weniger als 100 Fällen im aktuellen Quartal wird der anerkannte Leistungsbedarf dieser Ärzte mit dem Punktwert für die PZ Vorjahr gemäß Ziffer 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

2. Übermäßige Ausdehnung

Liegt die Punktzahl einer Praxis gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM (Leistungen des Fachgruppenfonds) um mehr als 100 Prozent über dem Durchschnitt der in der Praxis vertretenen Arztgruppe unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges der in der Praxis tätigen Ärzte, so erfolgt eine Quotierung der darüber hinaus gehenden Punktzahl aller Leistungen gemäß Ziffer 5 und Ziffer 6 der Anlage 1 zum HVM um 50 Prozent. Die Leistungen nach Quotierung bilden den anerkannten Leistungsbedarf.

Es gelten die Arztgruppen gemäß Anhang B zum HVM. Die Quotierung der Punktzahl aufgrund übermäßiger Ausdehnung unterbleibt, wenn der aktuelle Versorgungsgrad der jeweiligen Fachgruppe im Planungsbereich unter 100 Prozent liegt.

3. Ermittlung der PZ Vorjahr

3.1 Grundsätzliches

Die Mengenbegrenzung einer Praxis richtet sich nach dem anerkannten Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal (PZ Vorjahr) je Arzt nach Anwendung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen, Prüfmaßnahmen nach § 106 SGB V sowie nach Anwendung der Punktzahlobergrenze (PZOG) für Praxen mit Leistungsbeschränkung gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB V, jedoch ohne Berücksichtigung der Quotierung der Vorjahrespunktzahl gemäß Ziffer 2 dieser Anlage. Hierbei

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

werden die Leistungen aller Betriebsstätten einer Praxis je Arzt innerhalb von Rheinland-Pfalz berücksichtigt.

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM die Leistungen berücksichtigt, die im aktuellen Quartal innerhalb der Mengenbegrenzung vergütet werden.

Die Mengenbegrenzung der Praxis ergibt sich aus der Summe der PZ Vorjahr je Arzt unter Berücksichtigung der im Folgenden aufgeführten Sonderregelungen.

3.2 Sonderregelungen bei der Ermittlung der PZ Vorjahr je Arzt

3.2.1 Neugründer

Ärzte mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit von maximal 16 Quartalen gelten als Neugründer.

Für diese Ärzte wird die Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 3 dieser Anlage bis maximal zum aktuellen Durchschnitt der Arztgruppe gemäß Anhang B zum HVM unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages / des Tätigkeitsumfanges ausgesetzt.

Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag = Faktor 1,0

Vertragsärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag = Faktor 0,5

Angestellte Ärzte mit einem Tätigkeitsumfang

- bis 10 Stunden = Faktor 0,25
- über 10 bis 20 Stunden = Faktor 0,5
- über 20 bis 30 Stunden = Faktor 0,75
- über 30 Stunden = Faktor 1,0

Bei einem Beginnen oder Beenden der vertragsärztlichen Tätigkeit während des Quartals wird der Arztgruppenschnitt entsprechend der tatsächlichen Tätigkeitstage verringert.

Die Neugründerregelung gilt nicht für angestellte und zugelassene Ärzte mit Leistungsbeschränkung (Jobsharer).

3.2.2 Praxisübernahme

Übernimmt ein Arzt den Vertragsarztsitz eines anderen Arztes, so übernimmt er dessen PZ Vorjahr unter Berücksichtigung der Neugründerregelung gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.3 Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Die PZ Vorjahr ergibt sich gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage. War ein Arzt im Vorjahresquartal noch nicht in einer fachgleichen Praxis mit mehreren Ärzten tätig, so wird sein Leistungsbedarf bezogen auf die Grundpauschale kalkulatorisch um 10 Prozent erhöht. Dies gilt für Ärzte der Arztgruppen, deren Grundpauschalen nicht in Anhang C HVM (Vorwegvergütung) aufgeführt sind.

3.2.4 Verlegung von Praxissitz

Wird bei Vertragsärzten mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit von mehr als 16 Quartalen der Praxissitz mehr als 5 km (Hausärzte) beziehungsweise mehr als 25 km (Fachärzte) - kürzeste Route laut Routenplaner - verlegt, so gilt der Arzt als Neugründer gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage. Ansonsten gilt eine Verle-

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

gung des Praxissitzes nicht als Neugründung im Sinne von Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.5 Veränderung des Versorgungsauftrag/Tätigkeitsumfangs

Reduziert ein Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag beziehungsweise Tätigkeitsumfang, so reduziert sich die PZ Vorjahr entsprechend. Erhöht ein Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag/Tätigkeitsumfang, so gilt der Arzt als Neugründer gemäß Ziffer 3.2.1 dieser Anlage.

3.2.6 Ausscheiden eines Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft

Bei Ausscheiden eines Arztes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder bei Ruhen der Zulassung wird dessen PZ Vorjahr auf die Ärzte der gleichen Arztgruppe übertragen. Dies gilt nicht bei Nachbesetzung in der BAG.

Wird durch das Ausscheiden die frühere BAG als Einzelpraxis fortgeführt, so wird für diesen Vertragsarzt die Regelung zur übermäßigen Ausdehnung gemäß Ziffer 2 dieser Anlage für zwei volle Quartale ausgesetzt.

3.2.7 Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Bei Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Auflösung einer BAG ergibt sich die PZ Vorjahr je Arzt gemäß Ziffer 3.1 dieser Anlage.

3.2.8 Weiterbildungsassistenten

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden die geförderten Weiterbildungsassistenten (WBA) berücksichtigt. Ein genehmigter und geförderter WBA führt zu einer Anhebung der PZ Vorjahr um den Faktor 0,25 des Arztgruppenschnittes (bezogen auf die der Mengensteuerung unterliegenden Leistungen), sofern im Vorjahresquartal noch kein WBA beschäftigt war. Die Anhebung erfolgt längstens für 4 Quartale. Dem liegt eine Beschäftigung über 38,5 Stunden zugrunde (Faktor 1,0). Bei geringerer Beschäftigung verringert sich die Anhebung entsprechend.

4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung

Je Quartal wird der anerkannte Leistungsbedarf aus dem Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM als Summe über die gesamte Praxis mit der Summe der PZ Vorjahr der gesamten Praxis unter Beachtung der vorgenannten Regelung verglichen.

Liegt der anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal unter der PZ Vorjahr oder unterliegt die Praxis keiner Mengenbegrenzung, so wird der anerkannte Leistungsbedarf mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Liegt der anerkannte Leistungsbedarf der Praxis im aktuellen Quartal über der PZ Vorjahr, so wird die PZ Vorjahr mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Die darüber hinausgehenden Leistungen (Differenz zwischen aktuellem Punktzahlvolumen der Praxis und der Summe PZ Vorjahr) werden mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.2 und 7.4 der Anlage 1 zum HVM vergütet.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2018

Bei fachübergreifenden BAG erfolgt die Aufteilung des anerkannten Leistungsbedarfs nach dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe entsprechend der Kennzeichnung mit der lebenslangen Arztnummer (LANR). Die Vergütung der Leistungen erfolgt entsprechend der Aufteilung aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds.

5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung

Auf Antrag kann eine Aussetzung der Mengenbegrenzung oder Anhebung der PZ Vorjahr erfolgen. Mögliche Antragsgründe lauten:

5.1 Unverschuldete Umstände wie Krankheit etc. im Vorjahresquartal

Die Anhebung der PZ Vorjahr der Praxis erfolgt entsprechend dem Punktzahlzuwachs der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM und/oder Fallzahlzuwachs im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Der Zuwachs muss mindestens 10 Prozent betragen und durch die Ausfallzeiten begründet sein.

5.2 Übernahme von Patienten durch das Beenden oder Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit eines anderen Arztes in der näheren Umgebung

Die Anhebung der PZ Vorjahr der Praxis erfolgt für 4 volle Quartale entsprechend dem Fallzahlzuwachs aufgrund der nachweislich übernommenen Patienten. Es müssen mindestens 25 übernommene Patienten oder 10 Prozent übernommene Patienten bei Praxen mit weniger als 250 Fällen anhand eines Patientenabgleichs nachgewiesen werden. Die Gesamtfallzahl der Praxis muss insgesamt um mehr als 25 Patienten beziehungsweise um mehr als 10 Prozent bei Praxen mit weniger als 250 Fällen angestiegen sein.

5.3 Zunahme der Zahl der Vertreterfälle

Die Anhebung der PZ Vorjahr der Praxis erfolgt um den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM der Mehrvertreterfälle zum Vorjahresquartal. Die Zahl der Vertreterfälle muss um mindestens 10 Prozent gestiegen sein.

5.4 Erteilung einer neuen Genehmigung

Die Anhebung der PZ Vorjahr erfolgt entsprechend dem Punktzahlzuwachs der Leistungen der neu erteilten Genehmigung des Arztes im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Die Anhebung erfolgt maximal bis zum eingereichten Leistungsbedarf des Arztes.

Der Punktzahlzuwachs der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal des Arztes muss mindestens 10 Prozent betragen.

5.5 Einzelfallentscheidung

Der Vorstand der KV RLP kann in begründeten Einzelfällen insbesondere aus Sicherstellungsgründen weitere Ausnahmen zur Mengenbegrenzung vornehmen.