

**Aufgrund des § 87 b SGB V und des § 7 Abs. 16
der Hauptsatzung der KV RLP
hat die Vertreterversammlung der KV RLP
am 28. August 2013 folgenden**

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
zum 1. Oktober 2013**

beschlossen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

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. Oktober 2013

§ 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 – sowie Nichtvertragsärzte/innen hinsichtlich der Behandlung von Notfällen.
- (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) bzw. sachlich-rechnerischer Richtigstellung, der Punktzahlobergrenze bei Jobsharing-Praxen sowie nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannten und zur Verteilung kommenden Leistungen in Punkten.
- (6) Die Berechnungen mengenbegrenzender Maßnahmen sowie von Punktwerten erfolgen je Quartal einheitlich über alle Krankenkassen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

- (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** unter Berücksichtigung der Mengenbegrenzung gemäß **Anlage 2** 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 bzw. 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 Notfallleistungen

- (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 Notfallleistungen 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 i. S. des Abs. 1 sind im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

§ 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. Oktober 2013 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnungsfälle des 4. Vierteljahres 2013 anzuwenden.

Ausgefertigt:
Mainz, den 29. August 2013

Gez.
Dr. Olaf Döscher
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis zur Anlage 1	Seite
Anlage 1	
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. Vorwegleistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds	13
6. Vorwegleistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds	14
7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds	15
8. Punktwert für Fachgruppen ohne Mengenbegrenzung	16
9. Härtefallregelung	16

Anlage 1

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 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 Orientierungspunktwert

Unter dem im HVM verwendeten Begriff des Orientierungspunktwertes ist der Punktwert zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach § 87 a Abs. 2 Satz 1 SGB V zu verstehen. Dieser beträgt 10,00 Cent für das 4. Quartal 2013.

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. Diese wird für das Jahr 2013 auf Basis der Empfehlung des Bewertungsausschusses auf 0,6253 % festgesetzt.

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 Notfalleistungen durch Krankenhausambulanzen wird gemäß Teil B der Vorgaben der KBV ein Grundbetrag je Versichertem (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) gebildet. Aus dem so ermittelten Grundbetrag je Versichertem und der Zahl der Versicherten im aktuellen Abrechnungsquartal gemäß Mitteilung der Krankenkassen ergibt sich der Grundbetrag in Euro. Das Berechnungsschema ist als **Anhang F** zum HVM beigelegt.

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

Übersteigt/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, so wird der Differenzbetrag dem haus- und

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

fachärztlichen Grundbetrag gemäß Ziffer 2.3 und Ziffer 2.4 entsprechend dem Verhältnis der Arztzahlen (ohne nichtärztliche Psychotherapeuten) beider Versorgungsbereiche entnommen/zugeführt. Der Differenzbetrag ist nicht sockelwirksam.

2.2 Grundbetrag Labor

Für die Laborleistungen des Kapitels 32 EBM mit Ausnahme der Leistungen nach Ziffer 1.1 (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 ein Grundbetrag je Versichertem (Grundbetrag „Labor“) gebildet. Aus dem so ermittelten Grundbetrag je Versichertem und der Zahl der Versicherten im aktuellen Abrechnungsquartal ergibt sich der Grundbetrag in Euro. Dieser wird entsprechend der rückläufigen Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß Ziffer 2.2.2 aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297.Sitzung im Vergleich zum Vorjahresquartal vermindert. Das Berechnungsschema ist als **Anhang G** zum HVM beigefügt.

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

Übersteigt/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „Labor“, so wird der Differenzbetrag dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag gemäß Ziffer 2.3 und Ziffer 2.4 entsprechend dem Trennungsfaktor von 50,62 % (Hausarztanteil) im Vorjahresquartal entnommen/zugeführt. Der Differenzbetrag ist nicht sockelwirksam.

2.2.1 Konsiliar- und Grundpauschalen

Aus dem Grundbetrag „Labor“ werden die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM des jeweiligen Quartals in Höhe des Orientierungspunktwertes vergütet.

2.2.2 Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM)

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

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

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.

Diese Obergrenze ergibt sich je Arzt aus der Zahl der kurativ-ambulanten 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 HVM beschließen.

2.3 Hausärztlicher Grundbetrag

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

Der hausärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV. Das Berechnungsschema ist als **Anhang D** zum HVM beigefügt.

2.4 Fachärztlicher Grundbetrag

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

Der fachärztliche Grundbetrag ergibt sich gemäß Teil B der Vorgaben der KBV. Das Berechnungsschema ist als **Anhang E** zum HVM beigefügt.

2.5 Restbetrag

Sofern die für das jeweilige Quartal gezahlte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vor Bereinigung um Selektivverträge die Summe der Grundbeträge gemäß Ziffer 2.1

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

bis 2.4 übersteigt/unterschreitet, wird der Differenzbetrag entsprechend Teil B Ziffer 4. der Vorgaben der KBV ausgeglichen.

2.6 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich steht der hausärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.3 und 2.5 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,
- 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.

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

2.7 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Für die Vergütung der Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich steht der fachärztliche Grundbetrag gemäß Ziffer 2.4 und 2.5 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 2.8,
- Bildung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes,
- Grundbetrag genetisches Labor gemäß Ziffer 2.9,
- Grundbetrag PFG (Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung) gemäß Ziffer 2.10,

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

2.8 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 (mGV-Leistungen ohne Bereitschaftsdienst und Labor).

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 Orientierungspunktwert 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 2.7.

2.9 Grundbetrag genetisches Labor

Der Grundbetrag für die technischen Leistungen der Humangenetik nach GOP 11320 bis 11322 EBM sowie Abschnitt 11.4 EBM (Grundbetrag „genetisches Labor“) ergibt sich gemäß Teil G der Vorgaben der KBV aus dem Honorar dieser GOP im Vorjahresquartal abzüglich dem FKZ-Saldo für Forderungen und Verbindlichkeiten im Vorjahresquartal. Das Berechnungsschema ist als **Anhang H** zum HVM beigefügt.

Die Leistungen des genetischen Labors werden mit dem Orientierungspunktwert vergütet. Überschreitet/Unterschreitet das so ermittelte Vergütungsvolumen den Grundbetrag „genetisches Labor“, wird der Differenzbetrag dem fachärztlichen Grundbetrag gemäß Ziffer 2.4 entnommen/zugeführt. Der Differenzbetrag ist nicht sockelwirksam.

2.10 Grundbetrag PFG

Der Grundbetrag für die Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) ergibt sich gemäß Teil H der Vorgaben der KBV. Das Berechnungsschema ist als **Anhang I** zum HVM beigefügt.

Der Verteilungspunktwert PFG ergibt sich durch die Gegenüberstellung des so ermittelten Vergütungsvolumens mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen der Leistungen nach **Anhang J** zum HVM 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 2.6 nach Abzug der Vorwegleistungen multipliziert mit dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe am Punktzahlvolumen des Vorjahres aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

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

3.1 Honorarklammer von 5 %

Der nach Ziffer 3. ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 % über- oder unterschreiten („Honorarklammer“). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

Bei dem Vergleich zum Vorjahresquartal sind Veränderungen der hausärztlichen Gesamtvergütung zum Vorjahr aufgrund einer Veränderung der mGV und die Bildung oder Auflösung von Rückstellungen zu berücksichtigen.

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 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 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 2.7 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 (EGV-Leistungen) sowie Ziffer 2.1 bis 2.2 (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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

4.1 Honorarklammer von 5 %

Der nach Ziffer 4. ermittelte Honorarfonds der jeweiligen Fachgruppe darf das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 % über- oder unterschreiten („Honorarklammer“). Die Honorarklammer wird durch einen entsprechenden Honorarausgleich zwischen den Fachgruppen sichergestellt.

Bei dem Vergleich zum Vorjahresquartal sind Veränderungen der fachärztlichen Gesamtvergütung zum Vorjahr aufgrund einer Veränderung der mGV und Bildung oder Auflösung von Rückstellungen zu berücksichtigen.

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. 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. um das von der KV in Abstimmung mit den Vertragspartnern ermittelte anteilige Bereinigungsvolumen reduziert.

5. Vorwegleistungen innerhalb der hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 5.1 bis 5.8 aufgeführten Leistungen werden aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet:

- 5.1 Versichertenpauschalen gemäß **Anhang C** zum HVM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.2 Heim und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.3 Belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.4 Chronikerpauschalen gemäß den GOP 03220 und 03221 EBM sowie GOP 04220 und 04221 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.5 Hausärztliche, geriatrische und palliativmedizinische Versorgung gemäß Abschnitt 3.2.4 und 3.2.5 EBM mit dem Orientierungspunktwert,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

- 5.6 Sozialpädiatrisch orientierte, eingehende Beratung und palliativmedizinische Versorgung gemäß Abschnitt 4.2.4 und 4.2.5 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.7 Problemorientiertes hausärztliches Gespräch gemäß GOP 03230 EBM sowie GOP 04230 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 5.8 Zusatzpauschale nach GOP 03040 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages mit dem Orientierungspunktwert.

5.9 Übrige Leistungen der hausärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 3. enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 5.1 bis 5.8 aufgeführten hausärztlichen Leistungen unterliegen einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 geregelt.

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 5.9 ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 3.1, 3.3 und 3.4 abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 bis 5.8.

6. Vorwegleistungen innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die in Ziffer 6.1 bis 6.7 aufgeführten Leistungen werden aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds nach den im jeweiligen Quartal abgerechneten Leistungen vorweg vergütet:

- 6.1 Grundpauschalen gemäß **Anhang C** zum HVM mit einem Punktwert von 9,00 Cent,
- 6.2 Heim- und Hausbesuche nach GOP 01410, 01413 und 01415 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 6.3 Belegärztliche Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM mit dem Orientierungspunktwert,
- 6.4 Zusatzpauschalen nach den GOP 09329, 09343, 09364, 09365, 09372 bis 09375 EBM, GOP 20338 bis 20443 EBM, GOP 20364 und 20365 EBM sowie GOP 20372 bis 20375 EBM mit einem Punktwert von 9,00 Cent,
- 6.5 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 Orientierungspunktwert,
- 6.6 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 Orientierungspunktwert,
- 6.7 Augenärztliche Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM mit einem Punktwert von 9,00 Cent.

6.8 übrige Leistungen der fachärztlichen Fachgruppenfonds

Die im Honorarfonds nach Ziffer 4. enthaltenen und nicht in den Vorwegleistungen nach Ziffer 6.1 bis 6.7 aufgeführten fachärztlichen Leistungen unterliegen grundsätzlich einer individuellen Mengenbegrenzung je Praxis. Näheres ist in Anlage 2 geregelt.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

Das Vergütungsvolumen für die Leistungen nach Ziffer 6.8 ergibt sich je Fachgruppenfonds aus dem Vergütungsvolumen gemäß Ziffer 4.1, 4.3 und 4.4 abzüglich der Vorwegleistungen gemäß Ziffer 6.1 bis 6.7.

7. Vergütung der übrigen Leistungen der Fachgruppenfonds

In Anlage 2 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.

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 % des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.9 für den hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. Ziffer 6.8 für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für die PZ Vorjahr einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 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 % des jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.9 für den hausärztlichen Versorgungsbereich bzw. Ziffer 6.8 für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der Punktwert für den PZ Zuwachs einer Fachgruppe ergibt sich aus dem Honorarfonds gemäß Absatz 1 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 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 bis 5.8 bzw. Ziffer 6.1 bis 6.7 der jeweiligen Fachgruppe solange quotiert, bis der Punktwert von 8,50 bzw. 7,00 Cent für die PZ Vorjahr erreicht ist. Sinkt dadurch auch der Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 bis 5.8 bzw. Ziffer 6.1 bis 6.7 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 rechnerisch höher als der Punktwert für die Leistungen gemäß Ziffer 5.1 bis 5.8 bzw. Ziffer 6.1 bis 6.7, 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 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 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 6.8 durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 7,00 Cent und darf den Orientierungspunktwert nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 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 6.8 durch den Leistungsbedarf des aktuellen Quartals. Der Punktwert beträgt mindestens 7,00 Cent und darf den Orientierungspunktwert nicht überschreiten. Die Finanzierung erfolgt aus der fachärztlichen Gesamtvergütung gemäß Ziffer 4.1 der übrigen Fachgruppen unter Anwendung der Honorarklammer.

9. Härtefallregelung

Beträgt der Honorarrückgang einer Praxis nach Anwendung der obigen Verteilungsregelung mehr als 15 % 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 % je Fall beschließen.

Voraussetzung für eine Stützung ist, dass der Honorarverlust von 15 % 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.

Inhaltsverzeichnis zur Anlage 2	Seite
Anlage 2	
1. Grundsätze	18
2. Mengenbegrenzung durch Vergleich mit der PZ des Vorjahres	18
3. Sonderregelungen	18
4. Ärzte in der Neugründerphase	19
5. Übermäßige Ausdehnung	20
6. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung	20
7. Ermittlung des PZ-Zuwachses zum Vorjahresquartal	21

Anlage 2

1. Grundsätze

Die Leistungen einer Praxis unterliegen – soweit sie aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.9 bzw. Ziffer 6.8 der Anlage 1 vergütet werden – einer Mengenbegrenzung je Quartal.

Mit Ausnahme der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie der übrigen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte richtet sich die Mengenbegrenzung einer Praxis nach der Punktzahl des Vorjahres.

Ausgenommen von einer Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 2. sind alle ermächtigten Ärzte, Institute, Auftragsärzte sowie Praxen der übrigen Fachgruppen mit weniger als 100 Fällen im aktuellen Quartal.

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

2. Mengenbegrenzung durch Vergleich mit der PZ des Vorjahres

Die Mengenbegrenzung je Praxis richtet sich nach dem anerkannten Leistungsbedarf in Punkten (PZ Vorjahr) im Vorjahresquartal 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. Hierbei werden die Leistungen aller Betriebsstätten einer Praxis innerhalb von Rheinland-Pfalz berücksichtigt. Aufgrund der kostenneutralen Anhebung des Orientierungspunktwertes von 3,5363 auf 10,00 Cent wird der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten (PZ Vorjahr) im Vorjahresquartal mit dem Faktor 0,35363 multipliziert. Dies gilt sinngemäß auch bei den nachfolgenden Regelungen.

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr bleibt die Chronikerpauschale gemäß GOP 03020 EBM sowie GOP 04020 EBM aufgrund der Herausnahme aus der Mengenbegrenzung unberücksichtigt.

2.1 Berücksichtigung der Kooperation bei BAG und MVZ

Der Leistungsbedarf des Vorjahres einer fachgleichen oder fachübergreifenden Praxis wird unter Berücksichtigung des Zuschlages im Vorjahr gemäß Ziffer 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ermittelt. Damit wird kooperativen Versorgungsformen gemäß § 87 b Abs. 2 SGB V bei der Mengenbegrenzung Rechnung getragen.

War ein Arzt im Vorjahresquartal noch nicht in einer Praxis mit mehr als einem Arzt tätig, so wird sein Leistungsbedarf bezogen auf die Grund- bzw. Versichertenpauschale kalkulatorisch um 22,5 % erhöht. Dies gilt nicht, soweit die Grund- bzw. Versichertenpauschale gemäß **Anhang C** zum HVM außerhalb der Mengenbegrenzung vergütet wird.

3. Sonderregelungen

Der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr) einer Praxis ergibt sich aus der Summe der Punktzahlen des Vorjahres der in der Praxis aktuell tätigen Ärzte unter

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Oktober 2013

Berücksichtigung von Ziffer 2.1. Dies gilt auch dann, wenn der jeweilige Arzt im Vorjahr noch nicht in dieser Praxis tätig war.

3.1 Auflösung einer Praxis

Bei Auflösung einer Praxis mit mehr als einem Arzt und Weiterführung in anderer Form ergibt sich die PZ des Vorjahres je Arzt nach dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahres entsprechend der Kennzeichnung mit der lebenslangen Arztnummer (LANR).

3.2 Ausscheiden eines Arztes aus der BAG

Bei Ausscheiden eines angestellten Arztes aus der Praxis ohne Neuanstellung wird der Leistungsbedarf des Vorjahres auf die verbleibenden Ärzte der gleichen Arztgruppe übertragen. Entsprechendes gilt bei einem Ausscheiden eines Arztes aus der vertragsärztlichen Versorgung, dem Ruhen der Zulassung oder dem Wechsel in einen anderen Planungsbereich ohne Nachbesetzung des Sitzes.

In diesem Fall wird für zwei vollständige Quartale die Regelung zur übermäßigen Ausdehnung gemäß Ziffer 5. ausgesetzt.

3.3 Hälfziger Versorgungsauftrag

Ändert ein Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag von vollem auf hälftigen Versorgungsauftrag, so halbiert sich das für die Mengenbegrenzung maßgebliche Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr).

3.4 Praxisübernahme

Übernimmt ein Arzt den Vertragsarztsitz eines anderen Arztes, so übernimmt er dessen PZ des Vorjahres unter Berücksichtigung der Neugründerregelung gemäß Ziffer 4.

4. Ärzte in der Neugründerphase

4.1 Definition eines Praxisneugründers

Ärzte mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit von maximal 16 Quartalen gelten als Neugründer. Die Verlegung des Praxissitzes gilt grundsätzlich nicht als Praxisneugründung. Bei geänderter Zusammensetzung einer Praxis gilt nicht die Praxis in der Gesamtheit als Neugründung, sondern nur der einzelne neu niedergelassene Arzt.

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

4.2 Ermittlung der PZ Vorjahr bei Praxisneugründern

Bei Neugründern im Sinne von Ziffer 4.1 wird die Mengenbegrenzung bis maximal zum Durchschnitt der Arztgruppe gemäß **Anhang B** zum HVM ausgesetzt, sofern das Punktzahlvolumen des Vorjahres (PZ Vorjahr) noch unter dem aktuellen Durchschnitt der Arztgruppe lag.

4.3 Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges

Die Ermittlung des Arztgruppenschnittes erfolgt bei angestellten Ärzten unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges wie folgt:

- 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

Ärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag werden mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt.

5. Übermäßige Ausdehnung

Liegt die für die Mengenbegrenzung relevante Punktzahl einer Praxis (PZ Vorjahr) unter Berücksichtigung der Zahl und des Tätigkeitsumfanges der in der Praxis tätigen Ärzte um mehr als 70 % über dem Durchschnitt der in der Praxis vertretenen Arztgruppe, so erfolgt eine Quotierung der PZ Vorjahr in folgenden Schritten:

- 170 bis 200 % des Arztgruppenschnittes: Quotierung der PZ Vorjahr um 25 %.
- Über 200 % des Arztgruppenschnittes: Quotierung der PZ Vorjahr um 50 %.

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

6. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung

Auf Antrag kann je Praxis die Anhebung der Berechnungsgrundlage (PZ Vorjahr) erfolgen bei:

a) unverschuldeten Umständen wie Krankheit etc. im Vorjahresquartal

Die Anhebung der Vorjahrespunktzahl erfolgt entsprechend dem Fallzahlzuwachs im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Dieser Zuwachs muss mindestens 10 % betragen.

b) Übernahme von Patienten durch das Beenden oder Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit eines anderen Arztes in der näheren Umgebung oder durch die Vertretung eines Arztes

Die Anhebung der Vorjahrespunktzahl erfolgt entsprechend dem Fallzahlzuwachs aufgrund der nachweislich übernommenen Patienten. Es müssen mindestens 25 übernommene Patienten oder 10 % bei Praxen unter 250 Fällen anhand eines Patientenabgleichs nachgewiesen werden.

c) Zunahme der Zahl der Vertreterfälle

Die Anhebung der Vorjahrespunktzahl erfolgt um den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Mehrvertreterfälle zum Vorjahresquartal. Die Zahl der Vertreterfälle muss um mindestens 10 % gestiegen sein.

6.1 Unterversorgte Planungsbereiche

Bei Ärzten, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, werden die mengenbegrenzenden Maßnahmen ausgesetzt.

6.2 Einzelfallentscheidung

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

7. Ermittlung des PZ-Zuwachses zum Vorjahresquartal

Je Quartal wird das anerkannte und aus dem Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 5.9 bzw. 6.8 der Anlage 1 vergütete Punktzahlvolumen einer Praxis mit dem Punktzahlvolumen der Praxis des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr) unter Beachtung der vorgenannten Regelung verglichen.

Hierbei können die innerhalb einer Praxis erbrachten Leistungen zwischen den einzelnen Ärzten beliebig verrechnet werden, da sich die Mengenbegrenzung auf die Praxis und nicht auf den einzelnen Arzt der Praxis bezieht.

7.1 Ermittlung des Honorars je Praxis für die PZ Vorjahr

Liegt das anerkannte Punktzahlvolumen der Praxis im aktuellen Quartal unter der entsprechenden Punktzahl des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr) oder unterliegt die Praxis keiner bzw. einer nur eingeschränkten Mengenbegrenzung, so wird das aktuelle Punktzahlvolumen mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 vergütet.

Bei fachübergreifenden BAG erfolgt die Aufteilung des aktuellen Punktzahlvolumens 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. Entsprechendes gilt bei versorgungsübergreifenden Praxen aus Haus- und Fachärzten.

7.2 Ermittlung des Honorars je Praxis für die PZ Zuwachs

Liegt das anerkannte Punktzahlvolumen der Praxis im aktuellen Quartal über der entsprechenden Punktzahl des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr), so wird die PZ Vorjahr mit dem für die Fachgruppe zutreffenden Punktwert gemäß Ziffer 7.1 und 7.3 der Anlage 1 vergütet.

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

Bei fachübergreifenden BAG erfolgt die Aufteilung des aktuellen Punktzahlvolumens nach dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe entsprechend der Kennzeichnung mit der lebenslangen Arztnummer (LANR). Die Vergütung sowohl der PZ Vorjahr als auch der PZ Zuwachs erfolgt entsprechend der Aufteilung aus dem jeweiligen Fachgruppenfonds. Entsprechendes gilt bei versorgungsübergreifenden Praxen aus Haus- und Fachärzten.

Anhang A zum HVM der KV Rheinland-Pfalz ab 1.April 2012
Fachgruppenfonds gemäß Ziffer 3. und Ziffer 4. der Anlage 1 HVM

FG-Nr.	Fachgruppe gemäß HVM	Zuordnung zu
1	Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	hausärztlichem Versorgungsbereich
2	Kinderärzte	hausärztlichem Versorgungsbereich
3	Anästhesisten	fachärztlichem Versorgungsbereich
4	Augenärzte	fachärztlichem Versorgungsbereich
5	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	fachärztlichem Versorgungsbereich
6	Gynäkologen und Reproduktionsmediziner	fachärztlichem Versorgungsbereich
7	HNO-Ärzte sowie Phoniater und Pädaudiologen	fachärztlichem Versorgungsbereich
8	Hautärzte	fachärztlichem Versorgungsbereich
9	Fachärztliche Internisten	fachärztlichem Versorgungsbereich
12	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	fachärztlichem Versorgungsbereich
13	Orthopäden, FÄ für physikalische und reh. Medizin	fachärztlichem Versorgungsbereich
14	Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	fachärztlichem Versorgungsbereich
15	Urologen	fachärztlichem Versorgungsbereich
16	Auftragsärzte	fachärztlichem Versorgungsbereich
17	Ermächtigte Ärzte und Institute	fachärztlichem Versorgungsbereich
19	Schmerzzentren	fachärztlichem Versorgungsbereich

Anhang B zum HVM der KV Rheinland-Pfalz ab 1.April 2012
Arztgruppe gemäß Anhang 2 Ziffer 4.2 und Ziffer 5 HVM

AGR-Nummer	Arztgruppe	Zuordnung zur Fachgruppe gemäß Anhang A FG-Nr.
1	FÄ für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten (hä)	1
2	FÄ für Kinderheilkunde	2
41	Diabetologische SP-Praxen Hausärzte	1
3	FÄ für Anästhesiologie	3
4	FÄ für Augenheilkunde	4
5	FÄ für Chirurgie / Neurochirurgie	5
6	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6
7	FÄ für Reproduktionsmedizin	6
8	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7
9	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	8
10	FÄ für Humangenetik	16
11	FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt	9
12	FÄ für Angiologie	9
13	FÄ für Endokrinologie	9
14	FÄ für Innere Med. SP Nephrologie	9
15	FÄ für Innere Med. SP Gastroenterologie	9
16	FÄ für Innere Med. SP Hämatologie und Onkologie	9
17	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie	9
18	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	9
19	FÄ für Innere Med. SP Pneumologie	9
20	FÄ für Innere Med. SP Rheumatologie	9
21	Kinder- und Jugendpsychiater (KJP)	12
22	FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	5
23	FÄ für Nervenheilkunde	12
24	FÄ für Neurologie	12
25	FÄ für Nuklearmedizin	14
26	FÄ für Orthopädie	13
27	FÄ für Pathologie	16
28	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	12
29	Zytologie, Histologie	16
33	FÄ für Diagn. Rad. Überwiegend nur Röntgen	14
34	FÄ für Diagn. Rad. Überwiegend nur CT	14
35	FÄ für Diagn. Rad. Überwiegend nur MRT	14
36	FÄ für Diagn. Rad. mit CT, mit MRT	14
37	FÄ für Urologie	15
38	FÄ für Physikalische und Rehab. Medizin	13
39	FÄ für Laboratoriumsmedizin, FÄ für Molekular- und Zytogenetik	16
40	Schmerztherapiezentren	19
42	Nervenärzte psychiatrischer Schwerpunkt	12
43	Psychiater psychotherapeutischer Schwerpunkt	12
47	Angiologe; Invasiv	9
55	Strahlentherapeut	14
74	Institute	17
99	Ermächtigte Ärzte	17

Anhang C zum HVM der KV Rheinland-Pfalz ab 1. April 2012**Grund- und Versichertenpauschalen mit Vorwegvergütung gemäß Ziffer Anlage 1 Ziffer 5.1 und 6.1 HVM**

FG-Nr.	Fachgruppe gemäß HVM	Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM
1	Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	GOP 03000 EBM, 03010 EBM,03030 EBM ,03130 EBM, GOP 30700 EBM
2	Kinderärzte	GOP 04000, 04010,04030,04130 EBM
5	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	GOP 07210 bis 07212 EBM, GOP 15210 bis 15212 EBM
5	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	GOP 16210 bis 16212 EBM,GOP 30700 EBM
6	Gynäkologen und Reproduktionsmediziner	GOP 08210 bis 08212 EBM,
7	HNO-Ärzte sowie Phoniater und Pädaudiologen	GOP 09210 bis 09212 EBM, GOP 20210 bis 20212 EBM
8	Hautärzte	GOP 10210 bis 10212 EBM
13	Orthopäden, FÄ für physikalische und reh. Medizin	GOP 18210 bis 18212 EBM, GOP 27210 bis 27212 EBM, GOP 30700 EBM
15	Urologen	GOP 26210 bis 26212 EBM

Anhang D zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des hausärztlichen Grundbetrages für den Zeitraum 4/2013 - 3/2014

		ggf. eingeschränkte Gültigkeit
	Hausärztliches Vergütungsvolumen im Vorjahresquartal	
	gemäß Schritt 22 des im Vorjahresquartal gültigen Trennungsbeschlusses	
-	Bereinigung um das anteilige Vergütungsvolumen	nur Quartal 4/13
	antragspflichtige PT Hausärzte gemäß Abschnitt 35.2. EBM	
+/-	Anteil Hausärzte von 50,62 % an dem Mehrbedarf Psychotherapie im Vorjahresquartal **)	
+	hausärztlicher Anteil von 50,62 % an den Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus) gemäß Beschluss des BA in der 297. Sitzung *)	
=	Zwischensumme	
:	Anzahl GKV-Versicherte Vorjahresquartal	
=	Hausärztlicher Grundbetrag je Versichertem	
x	Anzahl GKV-Versicherte aktuelles Quartal	
=	Hausärztlicher Grundbetrag aktuelles Quartal vor Weiterentwicklung	
+	hausärztlicher Anteil von 50,62 % an dem für die KV RLP zur Verfügung gestellten Betrag von 3.001.547 EUR je Quartal gemäß Beschluss des BA in der 295. Sitzung zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung	nur Quartal 4/2013
+	hausärztlicher Anteil von 50,62 % an der Morbiditätsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V des Grundbetrags "Labor"	
+	Zuwachs von 2 % auf den hausärztlichen Grundbetrag für Förderung der hausärztlichen Grundversorgung gemäß Vergleich mit den Kassenverbänden für das Jahr 2013 vom 3.Mai 2013	nur Quartal 4/2013
+	Zuwachs auf den hausärztlichen Grundbetrag entsprechend der Morbiditätsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V für die KV RLP	
+	Zuwachs auf den hausärztlichen Grundbetrag entsprechend der Anhebung des Orientierungspunktwertes	
+	hausärztlicher Anteil von 50,62 % an den mit den Kassenverbänden vereinbarten sonstigen Zuwächsen der MGV	
=	Hausärztlicher Grundbetrag gemäß Anlage 1 Ziffer 2.3 HVM	
+/-	anteiliger Ausgleich der Differenz zwischen MGV und Grundbeträgen gemäß Anlage 1 Ziffer 2.5 HVM	
+/-	anteiliger Ausgleich von Über-/Unterschüssen der Grundbeträge "Labor" und "ärztlicher Bereitschaftsdienst"	
=	Hausärztliches Vergütungsvolumen gemäß Anlage 1 Ziffer 2.6 HVM	

***) Ermittlung der Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus)**

	Brutto-Leistungsbedarf GOP 32001 EBM 4. Quartal 2008 gemäß HVM x 0,35363 x aktueller Orientierungspunktwert	
-	Vergütungsvolumen GOP 32001 EBM aktuelles Quartal	
=	Einsparvolumen GOP 32001 EBM gemäß HVM	

*****) Finanzierungsanteil Hausärzte an der Psychotherapie im Vorjahresquartal**

	Gesamtes Vergütungsvolumen antragspflichtige Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 EBM Quartal 4/2012	
-	(Vorwegabzug antragspflichtige PT Quartal 4/2010 zzgl. FKZ-Saldo 4/2010) x 1,0529 entsprechend der Veränderung der MGV der Jahre 2011 und 2012	
=	Mehrbedarf antragspflichtige PT im Vorjahresquartal	

Anhang E zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des fachärztlichen Grundbetrages für den Zeitraum 4/2013 - 3/2014

		ggf. eingeschränkte Gültigkeit
	Fachärztliches Vergütungsvolumen im Vorjahresquartal gemäß Schritt 23 des damaligen Trennungsbeschluss	
-	Bereinigung um das anteilige Vergütungsvolumen antragspflichtige PT Fachärzte gemäß Abschnitt 35.2. EBM sowie Probatorik gemäß GOP 35150 EBM	nur Quartal 4/13
+/-	Anteil Fachärzte an dem Mehrbedarf Psychotherapie im Vorjahresquartal gemäß Anhang D	
-	Bereinigung um das anteilige Vergütungsvolumen Nephrologie gemäß Abschnitt 13.3.6 EBM	nur Quartal 4/13 - 2/14
+	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an den Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 (Wirtschaftlichkeitsbonus) gemäß Beschluss des BA in der 297. Sitzung *)	
=	Zwischensumme	
:	Anzahl GKV-Versicherte Vorjahresquartal	
=	Fachärztlicher Grundbetrag je Versichertem	
x	Anzahl GKV-Versicherte aktuelles Quartal	
=	Fachärztlicher Grundbetrag aktuelles Quartal vor Weiterentwicklung	
+	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an der Morbiditätsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 des Grundbetrags "Labor"	
+	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an dem für die KV RLP zur Verfügung gestellten Betrag von 3.001.547 EUR je Quartal gemäß Beschluss des BA in der 295. Sitzung zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung	nur Quartal 4/2013
+	Betrag von 240.196 EUR je Quartal für den Bereich der KV RLP gemäß Beschluss des BA in seiner 295.Sitzung im Zusammenhang mit der Absenkung der Dialysesachkosten	nur Quartal 4/13 - 2/14
+	Zuwachs von 2 % auf den fachärztlichen Grundbetrag für Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Vergleich mit den Kassenverbänden für das Jahr 2013 vom 3.Mai 2013	nur Quartal 4/2013
+	Zuwachs auf den fachärztlichen Grundbetrag entsprechend der Morbiditätsrate gemäß §87a Abs. 4 Satz 3 für die KV RLP	
+	Zuwachs auf den fachärztlichen Grundbetrag entsprechend der Anhebung des Orientierungspunktwertes	
+	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an den mit den Kassenverbänden vereinbarten sonstigen Zuwächsen der MGV	
=	Fachärztlicher Grundbetrag gemäß Anlage 1 Ziffer 2.4 HVM	
+/-	anteiliger Ausgleich der Differenz zwischen MGV und Grundbeträgen gemäß Anlage 1 Ziffer 2.5 HVM	
+/-	anteiliger Ausgleich von Über-/Unterschüssen der Grundbeträge Labor und Bereitschaftsdienst	
=	Fachärztliches Vergütungsvolumen gemäß Anlage 1 Ziffer 2.7 HVM	

***) Ermittlung der Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus)**

	Brutto-Leistungsbedarf GOP 32001 EBM 4. Quartal 2008 gemäß HVM x 0,35363 x aktueller Orientierungspunktwert	
-	Vergütungsvolumen GOP 32001 EBM aktuelles Quartal	
=	Einsparvolumen GOP 32001 EBM gemäß HVM	

Anhang F zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des Grundbetrages ärztlicher Bereitschaftsdienst für den Zeitraum 4/2103 - 3/201

	Vorwegabzug ärztlicher Bereitschaftsdienst
	gemäß Schritt 19 der im Vorjahresquartal gültigen Vorgaben der KBV
	zur Honorarverteilung
=	Zwischensumme
:	Anzahl GKV-Versicherte Vorjahresquartal
=	Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst je Versichertem
x	Anzahl GKV-Versicherte aktuelles Quartal
=	Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst vor Weiterentwicklung
+	Zuwachs auf den Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst entsprechend der Anhebung des Orientierungspunktwertes
+	Zuwachs auf den Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst entsprechend der Morbiditätsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 für die KV RLP
=	Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst aktuelles Quartal gemäß Anlage 1 Ziffer 2.1 HVM

Anhang G zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des Grundbetrages Labor für den Zeitraum 4/2103 - 3/2014

	Vorwegabzug Labor
	gemäß Schritt 18 der im Vorjahresquartal gültigen Vorgaben der KBV
	zur Honorarverteilung
-	Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 (Wirtschaftlichkeitsbonus) gemäß Beschluss des BA in der 297. Sitzung *)
=	Zwischensumme
:	Anzahl GKV-Versicherte Vorjahresquartal
=	Grundbetrag Labor je Versichertem
x	Anzahl GKV-Versicherte aktuelles Quartal
=	Grundbetrag Labor vor Weiterentwicklung
+	Zuwachs auf den Grundbetrag Labor entsprechend der Anhebung des Orientierungspunktwertes
=	Grundbetrag Labor aktuelles Quartal gemäß Anlage 1 Ziffer 2.2 HVM

*) Ermittlung der Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus)

	Brutto-Leistungsbedarf GOP 32001 EBM 4. Quartal 2008 gemäß HVM x 0,35363 x aktueller Orientierungspunktwert
-	Vergütungsvolumen GOP 32001 EBM aktuelles Quartal
=	Einsparvolumen GOP 32001 EBM gemäß HVM

Anhang H zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des Grundbetrages genetisches Labor für den Zeitraum 4/2013 - 3/2014

	Honorarvolumen Leistungen des genetischen Labors im Vorjahresquartal gemäß HVM (Eigene und fremde Versicherte)
-	Saldo aus Forderungen und Verbindlichkeiten im FKZ im Vorjahresquartal bezogen auf Leistungen des genetischen Labors
=	Zwischensumme
:	Anzahl GKV-Versicherte Vorjahresquartal
=	Grundbetrag genetisches Labor je Versichertem
x	Anzahl GKV-Versicherte aktuelles Quartal
=	Grundbetrag genetisches Labor vor Weiterentwicklung
+	Zuwachs auf den Grundbetrag genetisches Labor entsprechend der Anhebung des Orientierungspunktwertes
=	Grundbetrag genetisches Labor aktuelles Quartal gemäß Anlage 1 Ziffer 2.9 HVM

Anhang I zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Ermittlung des Vergütungsvolumens PFG für die Quartale 4/2013 - 3/2014

	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an dem für die KV RLP zur Verfügung gestellten Betrag von 3.001.547 EUR je Quartal gemäß Beschluss des BA in der 295. Sitzung zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung
+	Betrag von 240.196 EUR je Quartal für den Bereich der KV RLP gemäß Beschluss des BA in seiner 295. Sitzung im Zusammenhang mit der Absenkung der Dialyse-Sachkosten ab 01.07.2013
+	fachärztlicher Anteil von 49,38 % an den Einsparungen von Finanzmitteln für die GOP 32001 EBM (Wirtschaftlichkeitsbonus) gemäß Anhang E HVM
+	Zuwachs von 2 % des fachärztlichen Grundbetrag für Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Vergleich mit den Kassenverbänden für das Jahr 2013 vom 3.Mai 2013
+	Zuwachs auf den fachärztlichen Grundbetrag entsprechend der Morbiditätsrate gemäß §87a Abs. 4 Satz 3 SGB V für die KV RLP
=	Grundbetrag PFG
+	voraussichtlicher FKZ-Saldo PFG
=	Vergütungsvolumen PFG gemäß Ziffer 2.10 HVM

Anhang J zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2013
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

GOP	Zuschlag für die Grundversorgung im Fachgebiet	Punktzahl gemäß EBM je Behandlungsfall
05220	Anästhesiologie	70 Punkte
06220	Augenheilkunde	16 Punkte
07220	Chirurgie	27 Punkte
08220	Gynäkologie	25 Punkte
09220	HNO	22 Punkte
10220	Dermatologie	13 Punkte
13220	Allgemeine internistische Grundversorgung	36 Punkte
14214	Kinder- und Jugendpsychiater	80 Punkte
16215	Neurologie	35 Punkte
18220	Orthopädie	26 Punkte
20220	Phoniatrie und Pädaudiologie	22 Punkte
21218	Psychiatrie und Nervenheilkunde	35 Punkte
22216	Psychotherapeutische Medizin	159 Punkte
23216	Psychotherapie	159 Punkte
26220	Urologie	30 Punkte
27220	Physikalisch-rehabilitative Medizin (PRM)	60 Punkte