

**Aufgrund des § 87 b SGB V und des § 7 Abs. 16
der Hauptsatzung der KV RLP
hat die Vertreterversammlung der KV RLP
am 17. Juni 2020 folgenden**

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
zum 1. Juli 2020**

beschlossen.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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. Juli 2020

§ 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. Juli 2020

- (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 und im Zeitraum vom 2. Quartal 2020 bis zum 1. Quartal 2021 unter Berücksichtigung der Anlage 3 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. Juli 2020

§ 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. Juli 2020 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnungsfälle des 3. Vierteljahres 2020 anzuwenden.

Ausgefertigt:

Mainz, den 17. Juni 2020

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	18
11. Entschädigungszahlungen an Vertragsärzte gemäß § 103 Absatz 3a SGB V	18

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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

2.2 Grundbetrag Labor

Für die über Muster 10 veranlassten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie den Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM wird entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung ein Grundbetrag (Grundbetrag „Labor“) gebildet.

Die Vergütungsquote für diese Leistungen ergibt sich durch Gegenüberstellung des Grundbetrages gemäß Vorgaben der KBV zuzüglich des geschätzten FKZ-Saldos mit den anerkannten und nach Euro-GO bewerteten Leistungen des jeweiligen Quartals. Die so ermittelte Vergütungsquote beträgt höchstens 100 Prozent und entspricht mindestens der Quote gemäß Teil A der Vorgaben der KBV (derzeit 89 Prozent).

Die Vergütung für die über Muster 10 veranlassten Laborleistungen des Kapitels 32 EBM ergibt sich aus der Bewertung gemäß EBM multipliziert mit der Vergütungsquote des jeweiligen Quartals gemäß Absatz 2.

Der Punktwert für den Wirtschaftlichkeitsbonus gemäß GOP 32001 EBM ergibt sich aus der Multiplikation des Orientierungswertes mit der Vergütungsquote des jeweiligen Quartals gemäß Absatz 2.

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 nach dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Vergütungsvolumen des Grundbetrages Labor entsprechend Teil B der Vorgaben der KBV in der jeweils gültigen Fassung entnommen/zugeführt.

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:

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der mGV des jeweiligen Quartals,
- geschätzte Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den hausärztlichen Versorgungsbereich (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,
- von Hausärzten erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM (ohne Muster 10) bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- von Hausärzten über Muster 10 A bezogene Laborleistungen des Kapitels 32 EBM bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM 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,
- geschätzte Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den fachärztlichen Versorgungsbereich (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,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

- auf den fachärztlichen Bereich entfallende Vergütung zur Förderung anerkannter Praxisnetze gemäß Ziffer 10 dieser Anlage,
- von Fachärzten erbrachte Laborleistungen des Kapitels 32 EBM (ohne Muster 10) bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- von Fachärzten über Muster 10 A bezogene Laborleistungen des Kapitels 32 EBM bewertet mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM dieser Anlage,
- Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und GOP 12220 EBM) bewertet mit dem Orientierungswert und multipliziert mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM 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 Leistungen nach GOP 35150 bis 35152 EBM ergibt sich nach dem Anteil dieser Leistungen am fachärztlichen Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals gemäß Ziffer 2.4 dieser Anlage (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 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 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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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 Vorjahresquartals 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.

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 Vorjahresquartals 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 Vorjahresquartal 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 Vorjahresquartal.

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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

3.4.1 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.

3.4.2 Erhöhung von Honorarfonds auf Grund einer Hereinnahme von Leistungen in die mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Erhöhung 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 Volumen erhöht.

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 Vorjahresquartals 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 Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals 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 Vorjahresquartal 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 Vorjahresquartal.

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.

4.4.1 Bereinigung von Honorarfonds auf Grund einer Herausnahme von Leistungen

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 Bereinigungsvolumen reduziert.

4.4.2 Erhöhung von Honorarfonds auf Grund einer Hereinnahme von Leistungen in die mGV

Soweit aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen eine Erhöhung 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 Volumen erhöht.

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,
- Problemorientiertes hausärztliches Gespräch gemäß GOP 03230 EBM sowie GOP 04230 EBM und GOP 04231 EBM mit dem Orientierungswert,
- Zusatzpauschale nach GOP 03040 EBM und GOP 04040 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages mit dem Orientierungswert,

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

- 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 9,50 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 9,50 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 9,50 Cent,
- Behandlung von sekundär heilenden Wunden nach den GOP 07340 EBM und 18340 EBM mit dem Orientierungswert,
- 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

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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 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

9.1 Begrenzung des Honorarverlustes je Behandlungsfall

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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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.

9.2 Begrenzung des Honorarverlustes bei Rückgang der Fallzahl aufgrund eines Großschadensereignisses

9.2.1 Voraussetzungen und Anspruchsberechtigte

Der Vorstand der KV RLP kann auf Grundlage von Paragraph 87b Absatz 2a SGB V eine Begrenzung des Honorarverlustes von Praxen für Leistungen innerhalb der MGV für GKV-Versicherte beschließen. Voraussetzung für eine Begrenzung des Honorarverlustes für Leistungen innerhalb der MGV ist, dass dieser mehr als 15 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal beträgt und zu einem Rückgang des Gesamthonorars von mehr als 10 Prozent führt und auf einen Rückgang der Behandlungsfälle mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses zurückzuführen ist.

Es werden nur die Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen eine Versicherten-/Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet wurde oder ein ausschließlicher Kontakt mittels Videosprechstunde erfolgte. Bei Auftragsärzten (Laborärzte, Pathologen, Humangenetiker, Einsendezytologen) erfolgt die Ermittlung anhand der Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle. Bei psychotherapeutischen Leistungserbringern muss anstelle eines Rückgangs der Behandlungsfälle ein Rückgang der Zeiteinheiten vorliegen.

Bestand die Praxis im Vorjahresquartal noch nicht, wird der Referenzwert für die Behandlungsfälle im Vorjahresquartal entsprechend dem Referenzwert für den Umsatz gemäß dem nachfolgenden Absatz ermittelt.

9.2.2 Referenzwert (MGV-Honorar Vorjahresquartal)

Das MGV-Honorar der Praxis im Vorjahresquartal für GKV-Patienten gilt als Referenzwert. Bestand die Praxis im Vorjahresquartal noch nicht, erfolgt der Vergleich mit dem MGV-Honorar des Praxisvorgängers im Vorjahresquartal. Eine Veränderung der Anzahl der Versorgungsumfänge gegenüber dem Vorjahresquartal wird bei der Bildung des Referenzwertes entsprechend berücksichtigt.

Referenzwert korrigiert = $\text{MGV-Honorar Vorjahresquartal} / \text{Versorgungsumfang Vorjahresquartal}) \times \text{Versorgungsumfang aktuelles Quartal}$

Ist auch dies nicht möglich, wird das durchschnittliche MGV-Honorar der Arztgruppe des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung des Versorgungsumfanges der jeweiligen Praxis als Referenzwert zugrunde gelegt. Entsprechendes gilt, wenn das MGV-Honorar des Vorjahresquartals aus unverschuldeten Gründen oder aufgrund der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit als Referenzwert nicht geeignet ist.

Ist die Praxis im Abrechnungsquartal nicht über das gesamte Quartal zugelassen, so wird der Referenzwert nur anteilig entsprechend der Tage im Abrechnungsquartal berücksichtigt.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

9.2.3 MGV-Honorar aktuelles Quartal

Sofern die Praxis im jeweiligen Quartal Ausgleichszahlungen nach dem Infektionsschutzgesetz, Kurzarbeitergeld oder Soforthilfen des Bundes oder Landes erhalten hat, welche nicht zurückzahlen sind, werden diese anteilig auf den MGV-Umsatz der jeweiligen Praxis hinzugerechnet, soweit diese nicht bereits bei den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V angerechnet wurden.

9.2.4 Stützungsbetrag

Der Stützungsbetrag ergibt sich aus der Differenz zwischen 85 Prozent des Referenzwertes gemäß Ziffer 9.2.2 und dem MGV-Honorar des aktuellen Quartals gemäß Ziffer 9.2.3.

9.2.5 Finanzierung

Die Finanzierung des sich so ergebenden Stützungsbetrags je Praxis erfolgt für die Quartale 1 und 2/2020 aus dem nicht-verteilten Honorar des jeweiligen Versorgungsbereichs (Schwankungsreserve), ab dem 3. Quartal 2020 als Vorwegabzug aus dem Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 Ziffer 2.5 und 2.6 HVM. Bei versorgungsübergreifenden Praxen erfolgt die Aufteilung auf die Versorgungsbereiche jeweils entsprechend dem Anteil des jeweiligen Versorgungsbereiches am Versorgungsumfang der Praxis.

9.2.6 Geltungsdauer

Die Regelungen nach 9.2 gelten ab dem Abrechnungsquartal 1/2020. Sie gelten solange wie die Regelung des § 87b Absatz 2a SGB V in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz in Kraft ist.

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 er-

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

statten, 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	20
2. Übermäßige Ausdehnung	20
3. Ermittlung PZ Vorjahr	21
4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung	23
5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung	23
6. Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärzte“	24

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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).

Der Durchschnitt der Arztgruppe gemäß Ziffer 2 sowie Ziffer 3.2.1 und Ziffer 3.2.8 dieser Anlage bezieht sich auf die in der jeweiligen Ziffer beschriebenen Leistungen mit Vergütung innerhalb der mGV zuzüglich der identischen Leistungen in der TSVG-Konstellation „Neupatient“ gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V.

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 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.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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 Verlegung 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.

3.2.9 Assistenten nach § 7 Assistenten-Richtlinie der KV RLP

Bei der Ermittlung der PZ Vorjahr werden genehmigte Assistenten, deren Beschäftigung entweder im Rahmen einer Kennenlernphase nach § 7 Abs. 1 Assistenten-Richtlinie der KV RLP oder zur Einarbeitung durch Weiterbeschäftigung des abgebenden Praxisinhabers nach erfolgter Übergabe der Praxis gemäß § 7 Abs. 2 Assistenten-Richtlinie der KV RLP erfolgt, berücksichtigt. Ein

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

nach den vorgenannten Regelungen genehmigter Assistent 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 solcher Assistent beschäftigt war. Die Anhebung erfolgt längstens für 2 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.

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 Ausfallzeiten 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 unverschuldete Ausfallzeiten – beispielsweise auf Grund von Krankheit – im Vorjahresquartal 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 8 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

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

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 Punktzahluwachs 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 Punktzahluwachs 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 Sicherheitsstellungsgründen weitere Ausnahmen zur Mengenbegrenzung vornehmen.

6. Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärzte“

Für die Vergütung von Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch ermächtigte Laborärzte sowie „Nicht-Laborärzte“ besteht eine Obergrenze je Praxis.

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

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
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“) gemäß Muster 10 sowie die hierbei abgerechneten Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM nicht mitgezählt.

Der Obergrenze werden die abgerechneten Laborleistungen in Euro gemäß Abschnitt 32.3 EBM entsprechend der Bewertung gemäß EBM unter Beachtung von Höchstwertregelungen gegenübergestellt.

Bei Überschreitung der Obergrenze wird die Bewertung der jeweiligen Laborleistung gemäß Abschnitt 32.3 EBM entsprechend dem Verhältnis des Laborbudgets zu den abge-

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

rechneten Laborleistungen abgesenkt. Anschließend erfolgt die Multiplikation mit der Vergütungsquote gemäß Ziffer 2.2 Absatz 2 HVM des jeweiligen Quartals.

6.1 Ausnahmeregelung

Der Vorstand kann in begründeten Ausnahmefällen auf Antrag der Praxis eine Anhebung oder eine Aufhebung der Obergrenze gemäß Ziffer 6 dieser Anlage beschließen.

Anlage 3

Inhaltsverzeichnis der Anlage 3 zum HVM	Seite
1. Grundsätze der Berücksichtigung der EBM-Reform zum 1. April 2020	26
2. Gültigkeitsdauer der Anlage 3 zum HVM	26
3. Ergänzende Regelungen zu Ziffern der Anlagen 1 und 2 des HVM	26
4. Anpassungsfaktoren	26

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

1. Grundsätze der Berücksichtigung der EBM-Reform zum 1. April 2020

Die Berechnung der Honorarfonds und der Mengenbegrenzung (PZ Vorjahr) auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals erfolgt unter Berücksichtigung der Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2020.

2. Gültigkeitsdauer der Anlage 3 zum HVM

Die im Nachfolgenden beschriebenen Anpassungen beschränken sich auf den Zeitraum vom 2. Quartal 2020 bis zum 1. Quartal 2021.

3. Ergänzende Regelungen zu den Anlagen 1 und 2 des HVM

Die in den Anlagen 1 und 2 des HVM beschriebenen Vorgaben zur Berechnung der Honorarfonds und der Mengenbegrenzung (PZ Vorjahr) werden wie folgt ergänzt:

3.1. Ergänzung zu Ziffer 2.7, Anlage 1, HVM

Für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 erfolgt je Quartal eine Anpassung der Vorjahresquartalswerte für den Honorarfonds der Psychotherapeuten auf Basis der neuen EBM-Bewertungen gemäß Ziffer 4 dieser Anlage.

3.2. Ergänzung zu Ziffer 3, Anlage 1, HVM

Für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 erfolgt je Quartal eine Anpassung der Vorjahresquartalswerte für die Honorarfonds im hausärztlichen Bereich auf Basis der neuen EBM-Bewertungen gemäß Ziffer 4 dieser Anlage.

3.3. Ergänzung zu Ziffer 4, Anlage 1, HVM

Für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 erfolgt je Quartal eine Anpassung der Vorjahresquartalswerte für die Honorarfonds im fachärztlichen Bereich auf Basis der neuen EBM-Bewertungen gemäß Ziffer 4 dieser Anlage.

3.4. Ergänzung zu Ziffer 1 und Ziffer 3.1, Anlage 2, HVM

Für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 erfolgt je Quartal eine Anpassung der PZ Vorjahr je Arzt unter Berücksichtigung der neuen EBM-Bewertungen gemäß Ziffer 4 dieser Anlage.

4. Anpassungsfaktoren

4.1 Anpassung Honorarfonds

Die in Ziffer 3.1 bis 3.3 dieser Anlage beschriebene Anpassung der Honorarfonds erfolgt auf Basis der Neubewertung von Leistungen und Annahmen bezüglich der strukturellen Veränderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Zur Berücksichtigung

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

sichtigung der Neubewertung von Leistungen werden die Ansatzhäufigkeiten der entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Vorjahresquartals mit der jeweiligen ab dem 1. April 2020 gültigen EBM-Bewertung multipliziert und aufsummiert.

Berücksichtigung der Neubewertung von Leistungen:

$$\text{Honorarfonds}_{\text{neu}} = \sum \text{ Ansatzhäufigkeit je GOP im Honorarfonds}_{\text{Vorjahresquartal}} \times \text{EBM-Bewertung je GOP}_{\text{neu}}$$

Zusätzlich werden die im Folgenden aufgeführten Annahmen zu strukturellen Veränderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in der Anpassung der Honorarfonds berücksichtigt.

Sachverhalt	Annahmen	Anpassung
Kardiologie: Streichung der GOP 13550	Berechnung der GOP 13545 statt 13550 und Anstieg der Leistungshäufigkeit der GOP 33030 und GOP 33031 um 3,5 Prozent der Behandlungsfälle, in denen bisher die GOP 13550 abgerechnet wurde (davon 75 Prozent GOP 33030; 25 Prozent 33031).	Berücksichtigung der Ansätze der GOP 13550 EBM im Vorjahresquartal mit aktueller Bewertung der GOP 13545 EBM plus Hinzurechnung von Sonographieleistungen: 2,625 % GOP 33030 EBM (721 Punkte) und 0,875 % GOP 33031 EBM (807 Punkte).
Allergologie: Neueinführung GOP 30100 (Allergologische Anamnese/ Befundbesprechung)	Wird durchschnittlich 3x im Krankheitsfall berechnet.	GOP 30100 wird 3x je GOP-Ansatz der GOP 30110 oder 30111 EBM im Vorjahresquartal hinzugefügt.
Empfängnisregelung: geänderte Abrechnungsbestimmungen der GOP 01821 und 01822	Rückgang Leistungsbedarf für beide Ziffern um insgesamt 8,1 %.	Absenkung der GOP 01821 EBM und GOP 01822 EBM um 8,1 %.
Clamydienscreening: Neueinführung GOP 01823 und 01824	Bei allen Patientinnen unter 25 Jahren, für die bisher im Zeitraum von vier Quartalen eine GOP 01821 und/oder 01822 abgerechnet wurde, wird die GOP 01823 im Krankheitsfall abgerechnet. Für die GOP 01824 wird eine auf die GOP 01823 bezogene Teilnahmequote der Patientinnen von 80 % angenommen. In diesem Zusammenhang sind auch die GOP 01700, 01701 und 01840 in entsprechendem Umfang zu berücksichtigen.	Neue GOP 01823 EBM wird in 5,82 % der Ansätze der GOP 01821 und 01822 EBM hinzugefügt. Neue GOP 01824 wird in 4,65 % der Ansätze der GOP 01821 und 01822 EBM hinzugefügt. Erhöhung der GOP 01700, 01701 und 01840 um 4,65 % der Ansätze der GOP 01821 und 01822 EBM.
Präanästhesiologische Untersuchung: Erweiterte Berechnungsfähigkeit der GOP 05310	Aufgrund der erweiterten Berechnungsfähigkeit wird die GOP 05310 auch im Zusammenhang mit GOP 05320, 05330, 05340, 05341, 05360 oder 05370 abgerechnet.	Hinzurechnung der GOP 05310 EBM auf Basis der Ansätze der GOP 05320, 05330, 05340, 05341, 05360, 05370 EBM im Vorjahresquartal.

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

4.2 Anpassung PZ Vorjahr je Arzt

Die in Ziffer 3.4 dieser Anlage beschriebene Anpassung der PZ Vorjahr je Arzt erfolgt mittels eines arztgruppenspezifischen Anpassungsfaktors. Der arztgruppenspezifische Anpassungsfaktor berücksichtigt sowohl die Neubewertung von Leistungen als auch Annahmen zu strukturellen Änderungen des EBM. Dieser Anpassungsfaktor wird als Durchschnittswert der Quartale 2/2019 und 3/2019 gebildet und auf die PZ Vorjahr je Arzt in den Quartalen 2/2020 bis 1/2021 angewendet.

AGR	Arztgruppe	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Quartale 2/2020 bis 1/2021	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Quartale 3/2020 bis 1/2021
01	FÄ für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten (hä)	1,0338	
02	FÄ für Kinderheilkunde	1,0695	
03	FÄ für Anästhesiologie	1,0958	
04	FÄ für Augenheilkunde	0,9685	
05	FÄ für Chirurgie / Neurochirurgie	1,0058	
06	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,9993	
07	FÄ für Reproduktionsmedizin	0,9957	
08	FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,9869	0,9735
09	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,0029	
11	FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunkt	0,9519	
12	FÄ für Angiologie	0,9192	
13	FÄ für Endokrinologie	0,9079	
14	FÄ für Innere Med. SP Nephrologie	0,9253	
15	FÄ für Innere Med. SP Gastroenterologie	0,9840	
16	FÄ für Innere Med. SP Hämatologie und Internistische Onkologie	0,9661	
17	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie	0,9629	
18	FÄ für Innere Med. SP Kardiologie mit invasiver Tätigkeit	0,9525	
19	FÄ für Innere Med. SP Pneumologie	0,8978	0,9201
20	FÄ für Innere Med. SP Rheumatologie	1,0260	
21	FÄ für KJP und -psychotherapie	1,1221	
22	FÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,9955	
23	FÄ für Nervenheilkunde	1,0791	
24	FÄ für Neurologie	1,0524	
25	FÄ für Nuklearmedizin	0,9012	
26	FÄ für Orthopädie	0,9620	
28	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie	1,0782	
33	FÄ für Diagn. Rad. ohne CT, ohne MRT	0,9911	
34	FÄ für Diagn. Rad. mit CT, ohne MRT	0,9139	
35	FÄ für Diagnostische Radiologie, überwiegend MRT	0,8873	
36	FÄ für Diagn. Rad. mit CT, mit MRT	0,9039	
37	FÄ für Urologie	0,9752	

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Juli 2020

AGR	Arztgruppe	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Quartale 2/2020 bis 1/2021	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Quartale 3/2020 bis 1/2021
38	FÄ für Physikalische und Rehab. Medizin	0,9683	
40	nur schmerztherapeutisch tätige Praxen - FA	1,1050	
41	diabetologische Schwerpunktpraxen - HA	0,9972	
42	FÄ für Nervenheilkunde mit psychiatrischem Schwerpunkt	1,0661	
43	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie mit Anteil PT > 30 %	1,0824	
47	FÄ für invasive Angiologie	0,9206	
55	Strahlentherapeut	0,9160	