KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Aufgrund des § 87 b SGB V und des § 7 Abs. 16
der Hauptsatzung der KV RLP
hat die Vertreterversammlung der KV RLP
am 17. November 2021 folgenden

Honorarverteilungsmaßstab (HVM)
zum 1. Januar 2022

beschlossen.

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 Notfallleistungen **4**

§ 7 Rechtsmittel **5**

§ 8 Inkrafttreten **5**

Anlagenverzeichnis

Seite

Anlage 1 **6**

Anlage 2 **20**

Anlage 3 **27**

Anlage 4 **32**

Anhängeverzeichnis

Seite

Anhang A **34**

Anhang B **35**

Anhang C **36**

§ 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 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.

(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 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 im Sinne des Abs. 1 sind im Rahmen der Abrechnung gesondert darzulegen.

§ 7
Rechtsmittel

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

§ 8
Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnungsfälle des 1. Vierteljahres 2022 anzuwenden.

Ausgefertigt:

Mainz, 17. November 2021

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	19

1. Grundsätze zur Vergütung der Leistungen

Ergänzend zu dieser Anlage gelten ab dem 1. Quartal 2021 die Regelungen der Anlage 4, HVM.

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 Notfallleistungen 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 Notfallleistungen durch Krankenhausambulanzen werden mit dem Orientierungswert vergütet.

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

2.2 Grundbetrag Labor

Für die 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:

- 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),
- KV-Anteil der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden geschätzten Vergütung für Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 SGB V
- Bildung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands,
- 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),
- KV-Anteil der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden geschätzten Vergütung für Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 4 SGB V
- Honorarfonds für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der mGV gemäß Ziffer 2.7 dieser Anlage,
- Bildung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstands,
- Grundbetrag genetisches Labor gemäß Ziffer 2.8 dieser Anlage,
- Grundbetrag PFG (Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung) gemäß Ziffer 2.9 dieser Anlage,
- Grundbetrag Strahlentherapie gemäß Ziffer 2.10 dieser Anlage,

- 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.

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.

2.10 Grundbetrag Strahlentherapie

Der Grundbetrag für strahlentherapeutische Leistungen gemäß Kapitel 25 EBM ergibt sich je Quartal aus der basiswirksamen Anhebung der MGV in Punkten - bewertet mit dem jeweils gültigen Orientierungswert - gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 513.Sitzung vom 15.September 2020.

Der Verteilungspunktwert für strahlentherapeutische Leistungen ergibt sich durch die Gegenüberstellung des Grundbetrags Strahlentherapie unter Berücksichtigung des geschätzten FKZ-Saldos mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen im aktuellen Quartal.

Der so ermittelte Verteilungspunktwert darf nicht höher sein als der jeweils gültige Orientierungswert.

3. Berechnung der Honorarfonds im hausärztlichen Versorgungsbereich

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

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 Vorjahresquartals 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,

- 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 90 Prozent des Orientierungswerts,

- 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 90 Prozent des Orientierungswerts,

- 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,

- Augenärztliche Strukturpauschale nach GOP 06225 EBM mit einem Punktwert von 90 Prozent des Orientierungswerts,

- 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 darüberhinausgehenden 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 Versorgungs-bereich mindestens 7,00 Cent. Wird dieser Punktwert unterschritten, so wird der Punktwert für die Vorwegleistungen gemäß Ziffer 5.1 beziehungsweise Ziffer 6.1 dieser Anlage der jeweiligen Fachgruppe solange quotiert, bis der Punktwert von 8,50 beziehungsweise 7,00 Cent für die PZ Vorjahr erreicht ist. Sinkt dadurch auch der 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.

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 auf Grundlage des §87b Absatz 2a SGB V

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 zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres bei einem Rückgang der Patientenzahl in existenzgefährdendem Umfang beschließen, wenn der Rückgang kausal auf ein Ereignis im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V zurückzuführen ist.

Anspruchsberechtigt sind niedergelassene Vertragsärzte und -Psychotherapeuten in Einzelpraxis sowie Berufsübungsgemeinschaften (BAG) und medizinische Versorgungszentren (MVZ), die das gesamte aktuelle Kalenderjahr und über den 31.12. hinaus vertragsärztlich tätig sind.

Vorrausetzung für eine Begrenzung des Honorarverlustes ist, dass dieser mehr als 15 Prozent im Vergleich zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres beträgt und auf einen Rückgang der Behandlungsfälle in Folge eines Ereignisses im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V von mindestens 15 Prozent im Vergleich zu den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres zurückzuführen ist. Hierbei sind die Mindestsprechstunden des § 19a I Ärzte-ZV grundsätzlich zu erfüllen.

Bei psychotherapeutischen Leistungserbringern muss anstelle eines Rückgangs der Behandlungsfälle von mindestens 15 Prozent ein entsprechender Rückgang der Zeiteinheiten vorliegen.

9.2.2 Honorar Vorjahr

Das GKV-Honorar der Praxis in den Quartalen des vorherigen Kalenderjahres abzüglich von Sachkosten bildet den Referenzwert. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum Anspruch auf finanzielle Hilfen aufgrund einer Anspruchsgrundlage, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V steht, erhalten hat, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum zusätzliche Honorare erzielt hat, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V stehen und über die KV RLP abgerechnet worden sind, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden.

9.2.3 Honorar Aktuelles Jahr

Das GKV-Honorar der Praxis in den Quartalen des aktuellen Kalenderjahres abzüglich von Sachkosten bildet die Berechnungsgrundlage. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum finanzielle Hilfen aufgrund einer Anspruchsgrundlage, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V steht, erhalten hat, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden. Sofern die Praxis in diesem Zeitraum zusätzliche Honorare erzielt hat, die in Zusammenhang mit einem Ereignis im Sinne Paragraph 87b Absatz 2a Satz 1 SGB V stehen und über die KV RLP abgerechnet worden sind, können diese dem Referenzwert hinzugerechnet werden.

9.2.4 Stützungsbetrag

Der maximale Stützungsbetrag ergibt sich aus der Differenz zwischen 85 Prozent des Honorars der vier Quartale des vorherigen Kalenderjahres gemäß Ziffer 9.2.2 und dem Honorar der vier Quartale des aktuellen Kalenderjahres gemäß Ziffer 9.2.3.

Eine Stützung erfolgt nicht für Honorarverluste gegenüber den vier Quartalen des vorherigen Kalenderjahres, die auf eine Veränderung des Versorgungsumfanges oder eine Veränderung der Zusammensetzung der Praxis zurückzuführen sind.

9.2.5 Antragstellung und Auszahlung

Ein Antrag auf Ausgleichszahlung kann erst nach Abschluss der Honorarverteilung der vier Quartale des aktuellen Kalenderjahres und längstens bis zum 30.06. des Folgejahres gestellt werden.

In Einzelfällen können Praxen auf Antrag bei Rückgang des Quartalsumsatzes von mehr als 25 Prozent zum Vorjahresquartal eine vorläufige Gutschrift auf eine mögliche Ausgleichszahlung erhalten. Über den Antrag entscheidet der Vorstand.

Nach Abschluss der Honorarverteilung des aktuellen Kalenderjahres wird die Differenz zwischen dem Ausgleichsbetrag für das gesamte Kalenderjahr gemäß Ziffer 9.2.4 und der Summe der quartalsweisen Gutschriften gemäß Ziffer 9.2.5 gebildet. Zuviel erhaltene Gutschriften sind zurückzuzahlen.

9.2.6 Finanzierung

Die Finanzierung des sich so ergebenden Stützungsbetrags je Praxis erfolgt aus dem nicht-verteilten Honorar des jeweiligen Versorgungsbereichs (Schwankungsreserve).

9.2.7 Geltungsdauer

Die Regelungen nach 9.2 gelten, solange die Regelungen des Paragraphen 87b Absatz 2a SGB V gelten.

10. Förderung von Praxisnetzen

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

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

Die Auszahlung des Förderbetrages erfolgt an das jeweilige Praxisnetz.

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

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

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

Anlage 2

Inhaltsverzeichnis zur Anlage 2 zum HVM **Seite**

1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP 21
2. Übermäßige Ausdehnung 21
3. Ermittlung PZ Vorjahr 22
4. Honorierung der Leistungen der Mengenbegrenzung 24
5. Ausnahmeregelungen zur Mengenbegrenzung 24
6. Laborleistungen gemäß Abschnitt 32.3 EBM durch „Nicht-Laborärzte“ 25

1. Grundsätze der Mengenbegrenzung der KV RLP

Ergänzend zu dieser Anlage gelten ab dem 1. Quartal 2021 die Regelungen der Anlage 4, HVM.

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,
- Strahlentherapeuten.

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.

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 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 darüberhinausgehenden 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 nachgewiesen werden. Die Gesamtfallzahl der Praxis muss insgesamt um mehr als 25 Patienten beziehungsweise um mehr als 10 Prozent bei Praxen mit weniger als 250 Fällen angestiegen sein.

5.3 Zunahme der Zahl der Vertreterfälle

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

5.4 Erteilung einer neuen Genehmigung

Die Anhebung der PZ Vorjahr erfolgt entsprechend dem Punktzahlzuwachs der Leistungen der neu erteilten Genehmigung des Arztes im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal. Die Anhebung erfolgt maximal bis zum eingereichten Leistungsbedarf des Arztes.
Der Punktzahlzuwachs der Leistungen der Mengenbegrenzung gemäß Ziffer 5.2 beziehungsweise 6.2 der Anlage 1 zum HVM im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal des Arztes muss mindestens 10 Prozent betragen.

5.5 Einzelfallentscheidung

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

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-ambulanten 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 abgerechneten 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 28

2. Gültigkeitsdauer der Anlage 3 zum HVM 28

3. Ergänzende Regelungen zu Ziffern der Anlagen 1 und 2 des HVM 28

4. Anpassungsfaktoren 29

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.

Ergänzend zu dieser Anlage gelten ab dem 1. Quartal 2021 die Regelungen der Anlage 4, HVM.

2. Gültigkeitsdauer der Anlage 3 zum HVM

Die im Nachfolgenden beschriebenen Anpassungen beschränken sich auf den Zeitraum, in dem für die Berechnung der Honorarfonds und der Mengenbegrenzung (PZ Vorjahr) auf Leistungen vor den Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2020 zurückgegriffen wird.

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

Sofern das Referenzquartal vor dem Quartal 2/2020 liegt, erfolgt je Quartal eine Anpassung der Quartalswerte 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

Sofern das Referenzquartal vor dem Quartal 2/2020 liegt, erfolgt je Quartal eine Anpassung der Quartalswerte 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

Sofern das Referenzquartal vor dem Quartal 2/2020 liegt, erfolgt je Quartal eine Anpassung der Quartalswerte 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

Sofern das Referenzquartal vor dem Quartal 2/2020 liegt, 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 der Neubewertung von Leistungen werden die Ansatzhäufigkeiten der entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Referenzquartals mit der jeweiligen ab dem 1. April 2020 gültigen EBM-Bewertung multipliziert und aufsummiert.

Berücksichtigung der Neubewertung von Leistungen:

$\text{Honorarfonds}_{neu} = \sum$ Ansatzhäufigkeit je GOP im $\text{Honorarfonds}_{Vorjahresquartal}$ x EBM-Bewertung je GOP_{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. Ausnahme Pneumologen: Abrechnung durchschnittlich 6,52x im Krankheitsfall	GOP 30100 wird 3x bzw. 6,52x 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 %.
Chlamydienscreening: 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.

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 bezüglich der Referenzquartale angewendet.

AGR	Arztgruppe	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Referenzquartale
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	0,9735
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	0,9415
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

AGR	Arztgruppe	Anpassungsfaktor PZ Vorjahr für die Referenzquartale
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
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

Anlage 4 – Anpassung Berechnung Honorarfonds und Mengenbegrenzung aufgrund der Corona-Pandemie

Inhaltsverzeichnis der Anlage 4 zum HVM **Seite**

1. Grundsätze der durch die Corona-Pandemie bedingten Anpassungen 33

2. Gültigkeitsdauer der Anlage 4 zum HVM 33

3. Anpassung der Berechnung der Honorarfonds nach Ziffer 2.7, 3 und 4, Anlage 1 HVM 33

4. Anpassung der Honorarklammer nach Ziffer 3.1 und 4.1 Anlage 1 HVM 33

5. Anpassung der Anpassung der Berechnungsgrundlage der Mengenbegrenzung nach Anlage 2, HVM 33

Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP ab 1. Januar 2022

1. Grundsätze der durch die Corona-Pandemie bedingten Anpassungen

Die Bildung der Honorarfonds nach Ziffer 2.7, 3 und 4, Anlage 1 HVM sowie die Berechnung der Mengenbegrenzung nach Anlage 2 HVM erfolgt regelhaft auf der Basis der Vorjahresquartalswerte (Referenzzeitraum).

Durch die Corona-Pandemie kommt es ab dem 1. Quartal 2020 zu außerordentlichen Rückgängen im Leistungsgeschehen der Praxen, sodass diese Quartale als Referenzzeitraum ungeeignet sind. Daher wird die Berechnungsgrundlage für die oben genannten Ziffern des HVM ab dem 1. Quartal 2021 wie im Folgenden dargestellt angepasst.

2. Gültigkeitsdauer der Anlage 4 zum HVM

Die nachfolgenden Regelungen werden ab dem 1. Quartal 2021 angewendet und gelten weiter, so fern im Vorjahresquartal eine Lage nach § 5 Abs. 1 Satz 1 IFSG (Epidemische Lage von nationaler Tragweite) bestand.

3. Anpassung der Berechnungsgrundlage der Honorarfonds nach Ziffer 2.7, 3 und 4, Anlage 1 HVM

Für den Gültigkeitszeitraum der Anlage 4 erfolgt die Berechnung der Honorarfonds nach Ziffer 2.7, 3, und 4, Anlage 1 HVM auf Basis des Punktzahlvolumens des jeweiligen Quartals aus dem Jahr 2019.

Das so ermittelte Punktzahlvolumen des jeweiligen Quartals aus dem Jahr 2019 wird je Fachgruppe und Quartal um die im jeweiligen Quartal des Jahres 2020 noch zu bereinigenden TSVG-Leistungen reduziert und um die Anpassungsfaktoren aufgrund der EBM-Änderung ab dem 2. Quartal 2020 gemäß Anlage 3 Ziffer 4.1 verändert.

4. Anpassung der Honorarklammer nach Ziffer 3.1 und 4.1 Anlage 1 HVM

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

5. Anpassung der Berechnungsgrundlage der Mengenbegrenzung nach Anlage 2, HVM

Die Mengenbegrenzung orientiert sich an dem Durchschnitt der Arztgruppe sowie an der Punktzahl des Vorjahresquartals (PZ Vorjahr). Für den Gültigkeitszeitraum der Anlage 4 wird zusätzlich der Durchschnitt der Arztgruppe sowie die Punktzahl des jeweiligen Quartals (PZ-Vorjahr) des Arztes aus dem Jahr 2019 herangezogen. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der im jeweiligen Quartal des Jahres 2020 erbrachten und für die Bereinigung der MGV relevanten TSVG-Leistungen sowie unter Berücksichtigung der ab dem 2. Quartal 2020 gültigen Anpassungsfaktoren gemäß Anlage 3 Ziffer 4.2.

Für die Mengenbegrenzungsregelungen gemäß Anlage 2, HVM wird für die Praxis der jeweils höhere Referenzwert aus den Jahren 2019 und 2021 herangezogen (Best-of-Regelung) und gemäß der Anlage 2 weiterverwendet.

Anhang A zum HVM der KV RLP
Übersicht Fachgruppen

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
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
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
20	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen, Orthopäden, FÄ für physikalische und reh. Medizin	fachärztlichem Versorgungsbereich

Anhang B zum HVM der KV RLP
Übersicht Arztgruppen

AGR-Nummer	Arztgruppe	Zuordnung zur Fachgruppe gemäß Anhang A
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	20
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	20
23	FÄ für Nervenheilkunde	12
24	FÄ für Neurologie	12
25	FÄ für Nuklearmedizin	14
26	FÄ für Orthopädie	20
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	20
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 RLP
Übersicht Grund- und Versichertenpauschalen mit Vorwegvergütung

FG-Nr.	Fachgruppe gemäß HVM	Gebührenordnungspositionen
1	Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	GOP 03000 EBM, GOP 03030 EBM, GOP 30700 EBM
2	Kinderärzte	GOP 04000 EBM, GOP 04030 EBM
3	Anästhesisten	GOP 05210 bis 05212 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
15	Urologen	GOP 26210 bis 26212 EBM
20	Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen, Orthopäden, FÄ für physikalische und reh. Medizin	GOP 07210 bis 07212 EBM, GOP 15210 bis 15212 EBM, GOP 16210 bis 16212 EBM, GOP 18210 bis 18212 EBM, GOP 27210 bis 27212 EBM, GOP 30700 EBM