



Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung

der Kassenzärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab: 1. Juli 2012

Die Vertreterversammlung der KV Hessen hat in ihren Sitzungen vom 10. März 2012 und 12. Mai 2012 die Neufassung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung beschlossen. Sie wurde gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 25. Mai 2012 genehmigt. Sie wird hiermit ausgefertigt und durch Veröffentlichung mittels dieses Rundschreibens verkündet. Die Neufassung tritt am 1. Juli 2012 in Kraft.

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Gültig ab: 1. Juli 2012

In Ausführung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) vom 22. Dezember 1953 in der Fassung vom 14. Dezember 2009 hat die Vertreterversammlung der KV Hessen folgende Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) als Bestandteil der Satzung der KV Hessen beschlossen.

Präambel

Nachdem am 1. Januar 1968 zu der seit 1. Januar 1954 bestehenden Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen hinzugetreten ist, erklärt die Vertreterversammlung der KV Hessen ihren Willen, unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Aufbaues der beiden Versorgungswerke mit der Landesärztekammer Hessen im Interesse der Versorgung der hessischen Ärzteschaft und zum Schutze beider Einrichtungen zusammenzuwirken.

§ 1

Teilnahme an der EHV

- (1) Jeder niedergelassene Vertragsarzt¹ nimmt auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt = EHV-Empfänger) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil. Ein angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum oder ein nach § 95 Abs. 9 SGB V in einer Vertragsarztpraxis angestellter Arzt sowie ein angestellter Arzt in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB V ist den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Der Anspruch ergibt und errechnet sich nach den nachfolgenden Bestimmungen und wird durch Bescheid festgesetzt.
- (2) Die Teilnahme an der EHV beginnt ohne Antrag für den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf die Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres (Regelaltersgrenze) folgt.

¹ Soweit in dieser Satzung von Vertragsarzt, Arzt oder EHV-Empfänger gesprochen wird, steht die jeweilige Formulierung auch für die weibliche Form. Auf die Aufnahme dieser Formulierung in den Text ist aus Gründen der Lesbarkeit dieser Bestimmung verzichtet worden.

- (3) Die vor dem 1. Januar 1950 Geborenen erreichen die Regelaltersgrenze abweichend von Absatz 2 mit der Vollendung des 65. Lebensjahres. Für die ab dem 1. Januar 1950 Geborenen wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

Geburtsjahr	Eintrittsalter	
	Jahre	Monate
1950	65	2
1951	65	4
1952	65	6
1953	65	8
1954	65	10
1955	66	0
1956	66	2
1957	66	4
1958	66	6
1959	66	8
1960	66	10
1961	67	0

- (4) Die Teilnahme an der EHV ist für die drei nachfolgenden Fallgestaltungen zu beantragen. Wird ein Antrag auf Teilnahme an der EHV später als drei Monate nach Eintritt des Versorgungsfalles gestellt, beginnen die Zahlungen vom Ersten des auf den Eingang des Antrages folgenden Monats.

Im Falle der vorgezogenen Teilnahme besteht der Anspruch auf Teilnahme für den Vertragsarzt auf Antrag ab dem vollendeten 65. Lebensjahr. Für die vor dem 1. Januar 1950 Geborenen beginnt die vorgezogene Teilnahme abweichend mit Vollendung des 63. Lebensjahres. Für die ab dem 1. Januar 1950 Geborenen erfolgt eine stufenweise Erhöhung dieser vorgezogenen Altersgrenze wie folgt:

Geburtsjahr	Eintrittsalter	
	Jahre	Monate
1950	63	2
1951	63	4
1952	63	6
1953	63	8
1954	63	10
1955	64	0
1956	64	2
1957	64	4
1958	64	6
1959	64	8
1960	64	10
1961	65	0

- (5) Der Anspruch auf Teilnahme an der EHV besteht für den Vertragsarzt ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.

- (6) Der Anspruch auf Teilnahme an der EHV besteht für Hinterbliebene ab dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem der aktive Vertragsarzt oder der EHV-Empfänger verstorben ist.
- (7) Der Anspruch auf Teilnahme endet mit dem Monat, in dem der Berechtigte verstorben ist. Für die Waisen endet der Anspruch nach S. 1 oder nach § 8 Abs. 1 b).

§ 2

Voraussetzungen für die Gewährung von Honorarzahungen im Rahmen der EHV (Inanspruchnahme der EHV)

- (1) Die Teilnahme an der EHV setzt voraus:
 - a) eine vorausgegangene Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in eigener Praxis nach rechtskräftiger Zulassung im Bereich der KV Hessen oder eine vorausgegangene Tätigkeit als angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum oder in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V sowie in einer Eigeneinrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB V von mindestens fünf Jahren;
 - b) Rechtskraft des Verzichts auf die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder Tod des Vertragsarztes, wobei ein Verzicht auf die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 1 Abs. 3 und 4 nicht erforderlich ist, wenn weiterhin die Tätigkeit als Vertragsarzt oder angestellter Arzt eines vertragsärztlichen Leistungserbringers ausgeübt und eine Teilnahme an der EHV beantragt wird,
 - c) vor der Vollendung des Eintrittsalters nach § 1 Abs. 3 bis 5 zusätzlich die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes;
 - aa. Die Unfähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes (Berufsunfähigkeit) liegt dann vor, wenn dem Arzt unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes und aller sonstigen Umstände eine fortlaufende ärztliche Tätigkeit, sei es z. B. als angestellter Arzt oder in einem anderen Fachgebiet - gegebenenfalls auch nach einer Umschulungsfrist -, nicht zugemutet werden kann.
 - bb. Die Berufsunfähigkeit wird in der Regel durch zwei unabhängige Gutachter festgestellt. Die Gutachter sollen Mitglieder der KV Hessen sein; sie werden vom Vorstand der KV Hessen benannt. Der Vorstand der KV Hessen kann im Einzelfall beschließen, dass auch Nichtmitglieder der KV Hessen die Begutachtung durchführen können. Der antragstellende Arzt kann für die Erstbegutachtung von mehreren ihm vom Vorstand der KV Hessen benannten Gutachtern einen Gutachter seiner Wahl bestimmen. Der Vorstand der KV Hessen kann im Zweifelsfall ein Obergutachten einholen.
 - cc. Soweit ein Arzt bereits Bezüge aus der EHV wegen Berufsunfähigkeit vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze erhält, kann die KV Hessen die Fortdauer der Berufsunfähigkeit durch erneute Begutachtung durch zwei Gutachter überprüfen lassen.
- (2) Für den Fall einer befristeten Anerkennung der Berufsunfähigkeit ist anstelle des Verzichts

nach Abs. 1 lit. b) auch das Ruhen der Zulassung aufgrund eines Beschlusses des Zulassungsausschusses bei der KV Hessen für die Dauer der Befristung ausreichend.

- (3) Für die Dauer einer von der KV Hessen vorgeschlagenen Umschulung, Weiterbildung oder Rehabilitationsmaßnahme können im Einzelfall Zuschüsse für die damit verbundenen Kosten und Überbrückungszahlungen auf Beschluss des Vorstandes der KV Hessen zu Lasten der Honorarverteilung übernommen werden. Die Zahlungen können auch während einer zeitweiligen Berufsunfähigkeit geleistet werden.
- (4) Die Zeit ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres wird bei der EHV hinzugerechnet (Zurechnungszeit). Es werden hierzu die durch den Vertragsarzt während der beitragspflichtigen Zeit im Durchschnitt pro Jahr erworbenen Punkte errechnet. Für jedes Jahr der Zurechnungszeit erfolgt eine Gutschrift an Punkten in Höhe des nach Satz 2 errechneten Durchschnitts. Unterjährige Zeiträume werden anteilig berücksichtigt. Die Anerkennung der Zurechnungszeit setzt eine mindestens fünfjährige Tätigkeit als Vertragsarzt voraus. Satz 5 gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eintritt.
- (5) Die Verfahren zu den Absätzen 1 lit. c, 2 und 3 werden vom Vorstand der KV Hessen geregelt.

§ 3

Beiträge und Beitragsklassen

- (1) Die EHV wird finanziert durch Beiträge der aktiven Vertragsärzte, die vom Honorar einbehalten werden. Die Höhe des zu leistenden Beitrags ist abhängig von dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vorvorjahr des Beitragsjahres, das heißt aller für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die in dem entsprechenden Jahr zugeflossen sind. Soweit das über die KV Hessen abgerechnete Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im Quartal nicht ausreichend ist, um den Beitrag durch Honorareinbehalt vollständig zu bedienen, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KV Hessen zu zahlen.
- (2) Es werden insgesamt neun Beitragsklassen festgelegt. Anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt sich die Beitragsklasse 4, die den Regelbeitrag festlegt. Beitragszahler, die ein unterdurchschnittliches Honorar erzielen, zahlen einen ermäßigten Beitrag der Beitragsklassen 1 bis 3; Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Honorar werden den Beitragsklassen 5 bis 9 zugeordnet. Die konkrete Zuordnung des Beitragszahlers zur Beitragsklasse erfolgt über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar. Soweit für einen Beitragszahler wegen Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit noch kein Vergleichshonorar vorliegt, erfolgt die Einstufung in Beitragsklasse 4. Dies gilt nicht, wenn der Beitragszahler eine Vertragsarztpraxis übernimmt; in diesem Fall wird das Arzthonorar des ehemaligen Praxisinhabers für die Bestimmung der Beitragsklasse herangezogen. In begründeten Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag des Beitragszahlers bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises entscheiden, dass die Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse erfolgt. Über die eingegangenen Anträge und die hierzu getroffenen Entscheidungen berichtet der Vorstand dem Beratenden Fachausschuss EHV regelmäßig.
- (3) Im Einzelnen bestimmt sich der ab 1. Juli 2012 zu zahlende Beitrag nach § 10 Abs. 3. Der

Betrag in Spalte 4 verändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres in dem Verhältnis, in dem sich die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV für das jeweilige Jahr gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Kommen §§ 5 und/oder 6 zur Anwendung, verändern sich auch die Werte in § 10 Abs. 3 Spalte 3. Der Vorstand hat die Tabelle nach § 10 Abs. 3 bis zum Ende des Monats Juni für die folgenden 12 Kalendermonate neu festzusetzen und zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich die Beitragsklassen nicht verändern.

- (4) Der Beitrag ist auf volle Eurobeträge festzusetzen. Soweit die Festsetzungen in § 10 Abs. 3 Spalte 3 zu abweichenden Eurobeträgen führen, ist eine Aufrundung auf den nächsten vollen Eurobetrag vorzunehmen.
- (5) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen. Soweit ein Nachweis über die erzielten ärztlichen Honorare einschließlich von solchen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, nicht vorgelegt wird, erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse 9. Eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolgt auch, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Gegen diese Einstufung ist binnen eines Monats gegenüber der KV Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt.
- (6) Für den Fall des Bezugs von Leistungen der EHV nach Erreichen der Regelaltersgrenze unter weiterer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 lit. b)), ist dieser Vertragsarzt weiterhin zur Beitragszahlung in Höhe der zutreffenden Beitragsklasse verpflichtet.

§ 4

Höhe des Anspruchs

- (1) Die Höhe des Anspruchs aus der EHV ergibt sich aus den durch die Beiträge gesammelten Punkten. Für den Regelbeitrag erhält der Beitragszahler pro Jahr 400 Punkte. Abweichend davon erhält der Beitragszahler in den Beitragsklassen 1 bis 3 und 5 bis 9 Punkte anhand der nachfolgenden Tabelle:

Beitrags- klasse	Punktzahl pro Jahr
1	100
2	200
3	300
4	400
5	475
6	540
7	595
8	640
9	675

Soweit für ein Kalenderjahr nicht durchgehend Beiträge entrichtet werden, erfolgt die Punktegutschrift entsprechend des Anteils der Beitragszeiträume zu den Zeiträumen, in denen keine Beiträge gezahlt wurden. Beitragszahlung und Punktegutschrift werden hierbei immer auf volle Monate gerechnet.

- (2) Die über die Beitragszeit erworbenen Punkte werden mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergibt sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs. Es werden maximal 14.000 Punkte berücksichtigt. Der Punktwert wird erstmalig für den 1. Juli 2012 nach § 10 Abs. 1 und 2 festgesetzt.
- (3) Der Punktwert wird mit vier Dezimalstellen festgelegt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolgt eine kaufmännische Rundung.
- (4) Der Punktwert wird einmal jährlich zum 1. Juli eines Jahres angepasst. Die Anpassung erfolgt – vorbehaltlich der Regelungen in §§ 5 und 6 – mittels zweier Faktoren:
 - a) Basis ist der Prozentsatz, um den sich die für das Jahr der Anpassung geltende Bezugsgröße des § 18 Abs. 1 SGB IV im Vergleich zur Bezugsgröße des Vorjahres verändert hat.
 - b) Der sich nach lit. a) ergebende Prozentsatz wird mit einem Mengenfaktor multipliziert. Er errechnet sich, indem der Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem die Gesamtforderung der EHV-Empfänger im zweiten Jahr vor der Anpassung (t_{-2}) zu der des Jahres vor der Anpassung (t_{-1}) steht, durch den Prozentsatz dividiert wird, der angibt, wie sich die gewichtete Zahl der Beitragszahler im zweiten Jahr vor der Anpassung (t_{-2}) zu der des Jahres vor der Anpassung (t_{-1}) verhält. Die gewichtete Zahl der Beitragszahler ergibt sich, indem die Beitragssumme des jeweiligen Jahres durch den jeweiligen Durchschnittsbeitrag (Beitragsklasse 4) dividiert wird.
- (5) Die Berechnung der Ansprüche aus der EHV nach Abs. 3 gilt jeweils für 12 Monate. Jeweils zum 1. Juli eines Jahres wird mit der Festlegung des Punktwertes auch die Berechnung der Ansprüche aus der EHV durch eine Anpassungsmitteilung aktualisiert.
- (6) Bei vorzeitigem Eintritt in die EHV nach § 1 Abs. 5 verringert sich der Anspruch aus der EHV für jeden Monat, den der EHV-Empfänger vor Erreichen der Regelaltersgrenze in die EHV eintritt und Zahlungen empfängt, um 0,5%. Bei Eintritt in die EHV wegen Berufsunfähigkeit gilt S. 1 mit der Maßgabe, dass die Minderung des Anspruchs 12% nicht übersteigen darf, soweit keine Zurechnungszeiten nach § 2 Abs. 4 vorliegen. S. 2 gilt für Hinterbliebene entsprechend, wenn der aktive oder inaktive Vertragsarzt vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze verstorben ist.
- (7) Nimmt ein Vertragsarzt nach Erreichen der Regelaltersgrenze an der EHV teil und ist er zugleich vertragsärztlich tätig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b), ist er weiter zur Beitragsleistung verpflichtet. Er erwirbt ab dem Erreichen der Regelaltersgrenze abweichend von Abs. 1 die Hälfte der für die Beitragsklasse festgeschriebenen Punkte, sofern die in § 4 Abs. 2 Satz 3 festgelegte maximale Punktzahl von 14.000 Punkten noch nicht erreicht ist. Die seit dem Erreichen der Regelaltersgrenze erworbenen Punkte werden für die Berechnung des EHV-Anspruchs mit der endgültigen Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit wirksam. Hierüber erfolgt ein gesonderter Bescheid für die in diesem Zeitraum erworbenen Punkte.

§ 5

Paritätischer Defizitausgleich, Garantie der EHV-Leistungen

- (1) Bei der jährlichen Anpassung der Bezüge und der Beiträge nach § 4 ist zu schätzen, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die EHV-Ausgaben durch die Beitragseinnahmen gedeckt werden. Sollte sich ein Defizit ergeben, erfolgt der paritätische Defizitausgleich (Abs. 2).
- (2) Die bei der Schätzung der EHV-Ausgaben unter Berücksichtigung der Anpassung nach § 4 Abs. 4 und der Beitragseinnahmen verbleibende Differenz ist zu gleichen Teilen durch die Beitragszahler und die EHV-Empfänger zu tragen. Es werden die Beiträge ergänzend zur Regelung in § 3 Abs. 3 so erhöht, dass die Hälfte der Differenz durch die erhöhten Beiträge gedeckt wird. Weiterhin wird der errechnete Punktwert ergänzend zu § 4 Abs. 4 soweit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte der Differenz abgedeckt ist.
- (3) Abweichend von der Regelung in § 4 Abs. 4 und in den vorstehenden Absätzen 1 und 2 sind die Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der zuvor gezahlte Punktwert. Der neue Punktwert gilt für die Vertragsärzte, die nach der Punktwertberechnung an der EHV teilnehmen, für die EHV-Empfänger gilt der zuvor gezahlte Punktwert. Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von Absatz 2 durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung der Beitragssätze ausgeglichen.
- (4) Die Berechnung der Anpassung nach § 4 Abs. 2 bis 4 sowie der Maßnahmen nach den vorstehenden Abs. 1 bis 3 und der sich aus ihnen ergebende neue Punktwert sind von dem Vorstand bis spätestens Ende Juni zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich der Punktwert nicht verändert.

§ 6

Schwankungsreserve

- (1) Es wird zum unterjährigen Defizitausgleich eine Schwankungsreserve vorgehalten. Sie ist von dem Vorstand bis zum 30. Juni eines Jahres in Höhe von 7% der zu erwartenden Beitragseinnahmen der folgenden 12 Kalendermonate festzulegen.
- (2) Ergibt die Überprüfung des Finanzstatus einen vollständigen oder teilweisen Verzehr der Schwankungsreserve, so sind für die folgenden 12 Kalendermonate abweichend zu §§ 4 und 5 der Punktwert und die Beitragssätze so festzusetzen, dass zusätzlich zur Finanzierung der Leistungen aus den Beiträgen die Schwankungsreserve auf den Sollwert aufgefüllt wird.

§ 7

Zahlung der EHV-Ansprüche

Die Auszahlung der EHV-Ansprüche erfolgt jeweils zum 25. eines Monats.

§ 8

Feststellung der Ansprüche für Hinterbliebene und Waisen

- (1) Teilnahmeberechtigte Hinterbliebene sind:
- a) die Witwe eines Vertragsarztes², wenn die Ehe mindestens zwei Jahre während der vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen bestanden hat.

Die Zweijahresfrist muss erfüllt sein:

- bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Altersgründen mit dem Beginn der Inanspruchnahme der EHV,
- bei Wegzug aus Hessen oder bei vorzeitigem freiwilligem Verzicht auf die Zulassung zum Zeitpunkt der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen,
- bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Teilnahme an der EHV; sollte die vertragsärztliche Tätigkeit vor der Antragstellung beendet worden sein, gilt der Tag der Beendigung,
- bei Entziehung der Zulassung in dem Zeitpunkt, in dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufgrund der Entziehung der Zulassung endet.

In besonderen Fällen kann auf Antrag bei Tod eines aktiven Vertragsarztes oder bei Eintritt einer unvorhergesehenen Berufsunfähigkeit (z. B. Unfall) oder zur Vermeidung besonderer Härten durch Beschluss des Vorstandes von der Zweijahresfrist abgesehen werden.

Besteht nach diesen Voraussetzungen ein Anspruch auf Teilnahme an der EHV nicht, wird eine einmalige Leistung in Höhe 7.000 Punkten gewährt.

- b) die Waisen des Vertragsarztes. Waisen sind die ehelichen Kinder und Adoptivkinder, falls die Adoption mindestens drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder des Todes erfolgt war. Waisen sind ferner die nichtehelichen Kinder eines Vertragsarztes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist. Die Teilnahmeberechtigung der Waise besteht bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Auf besonderen Antrag kann, falls eigenes Einkommen nicht besteht, die Teilnahmeberechtigung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres verlängert werden, wenn und solange die Waise sich noch in der Berufsausbildung befindet. Die Teilnahmeberechtigung endet mit dem Tage der Eheschließung.

Verzögert sich die Schul- und Berufsausbildung aus einem nicht von dem Waisen zu vertretenden Grunde über das 27. Lebensjahr hinaus, so können die Bezüge in besonderen Härtefällen auf Antrag entsprechend dem Zeitraum der nachgewiesenen Verzögerung länger gewährt werden.

- (2) Die Witwe eines Vertragsarztes hat einen Anspruch – vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen (3) bis (5) – in Höhe von 60 % des nach § 4 ermittelten Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes. Halbweisen haben einen Anspruch von 10 %, zusammen jedoch nicht mehr als weitere 40 % des Anspruches des verstorbenen Vertragsarztes. Vollweisen haben

² Soweit nachfolgend von der Witwe eines Vertragsarztes gesprochen wird, steht dies auch für den Witwer einer Vertragsärztin. Auf die Aufnahme dieser Formulierung in den Text ist aus Gründen der Lesbarkeit dieser Bestimmungen verzichtet worden.

einen EHV-Anspruch von 20 %, jedoch zusammen nicht mehr als 100 % des Anspruchs des verstorbenen Vertragsarztes.

- (3) Ist die Witwe mehr als 10 Jahre jünger als der verstorbene Vertragsarzt, so vermindert sich ihr EHV-Anspruch für jedes volle Jahr, das 10 Jahre übersteigt, bei Eheschließung des Verstorbenen im Alter
- ab 60 Jahren um 2,0 %
 - unter 60 Jahren bis 50 Jahre um 1,5 %
 - unter 50 Jahren bis 40 Jahre um 1,0 %
 - unter 40 Jahren um 0,5 %
- des Anspruchs nach Absatz 2. Bestand die Ehe länger als 10 Jahre, so wird für jedes Jahr des Weiterbestehens der gleiche Hundertsatz weniger abgesetzt.
- (4) Mit einer Wiederverheiratung der Witwe entfällt der Anspruch auf weitere Teilnahme an der Honorarverteilung mit Ende des Monats, in dem die Eheschließung stattfindet. Auf Antrag erhält die Witwe eines Vertragsarztes bei Wiederverheiratung nach Vorlage der Heiratsurkunde eine Abfindung nach Maßgabe der nachstehenden Tabelle:
- Vor Vollendung des
- 30. Lebensjahres 66 Monatsbezüge
 - 35. Lebensjahres 60 Monatsbezüge
 - 40. Lebensjahres 54 Monatsbezüge
 - 45. Lebensjahres 48 Monatsbezüge
 - 50. Lebensjahres 42 Monatsbezüge
 - 55. Lebensjahres 36 Monatsbezüge
 - 60. Lebensjahres 30 Monatsbezüge
 - 65. Lebensjahres 24 Monatsbezüge
- der Witwenbezüge. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres entfällt die Gewährung einer Abfindung.
- Diese Abfindung wird in monatlichen Beträgen ausgezahlt. Ein Wiederaufleben der Teilnahme an der EHV ist ausgeschlossen.
- (5) Die Zahlungen an Hinterbliebene erfolgen entsprechend § 1 Abs. 4 und 6 auf Antrag. Sie werden bei verspäteter Antragsstellung bis zu einem Jahr rückwirkend gewährt, soweit diese Verspätung auf einer Unkenntnis dieser Bestimmungen beruht. In besonderen Härtefällen können Zahlungen bis zu drei Jahren rückwirkend geleistet werden.
- (6) Die Abs. 1 bis 5 gelten für Lebenspartner im Sinne des LPartG entsprechend.

§ 9

Festlegung der Ansprüche bei Versorgungsausgleichsverfahren

- (1) Wird die Ehe eines anspruchsberechtigten Mitgliedes geschieden, werden Anrechte aus der EHV im Rahmen des Versorgungsausgleichs intern geteilt (§ 10 VersAusglG).
- (2) Für die Berechnung des Ehezeitanteils (§ 1 Abs. 1 VersAusglG) und des Ausgleichswerts (§ 1 Abs. 2 VersAusglG) gelten folgende Regelungen:
- a) Das Anrecht ist unmittelbar zu bewerten (§ 39 VersAusglG). Bezugsgröße des Ehezeit-

- anteils und des Ausgleichswerts sind die von dem ausgleichspflichtigen Mitglied in der Ehezeit (§ 3 Abs. 1 VersAusglG) begründeten Punkte (§ 4 Abs. 1). Teilungskosten (§ 13 VersAusglG) werden nicht erhoben.
- b) Der korrespondierende Kapitalwert (§ 47 VersAusglG) ergibt sich, indem die Punktezahl des Ausgleichswerts mit dem zum Ende der Ehezeit maßgeblichen Punktwert (§ 4 Abs. 2) multipliziert wird.
 - c) Die dem von dem Familiengericht begründeten eigenständigen Anrecht der ausgleichsberechtigten Person zugrunde liegende Punktezahl wird von der dem ausgleichspflichtigen Mitglied zustehenden Punktezahl abgezogen. Die Hinterbliebenenansprüche gemäß § 6 berechnen sich aus der Punktezahl des Mitgliedes nach der internen Teilung seines Anrechts.
 - d) Sind beide Ehepartner anspruchsberechtigte Mitglieder der KV Hessen und/oder bereits Empfänger von Leistungen aus der EHV, vollzieht sich der Ausgleich nur in Höhe des Wertunterschiedes der beiderseitigen Ausgleichswerte durch Verrechnung (§ 10 Abs. 2 VersAusglG).
 - e) Mit dem vom Familiengericht gemäß Abs. 2c begründeten eigenständigen Anrecht wird die ausgleichsberechtigte Person nach Maßgabe des § 1 Abs. 2 bis 7, persönlich, d. h. unabhängig von dem ausgleichspflichtigen Mitglied, in die EHV einbezogen.
 - f) Zahlungen im Rahmen des Versorgungsausgleichs werden für bereits eingetretene Versorgungsfälle vom Ersten des Monats an geleistet, der auf die Mitteilung der Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts folgt. Bis zum letzten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die KV Hessen von der Rechtskraft der Entscheidung Kenntnis erlangt hat, werden Zahlungen an das ausgleichspflichtige Mitglied mit befreiender Wirkung geleistet (§ 30 Abs. 1, 2 VersAusglG).
 - g) Ist die ausgleichsberechtigte Person gestorben und hat sie eine Versorgung aus ihrem im Versorgungsausgleich erworbenen Anrecht aus der EHV nicht länger als 36 Monate bezogen, wird auf Antrag das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds oder seiner Hinterbliebenen nicht länger aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzt (§§ 37, 38 Abs. 1 VersAusglG). Die Anpassung wegen Todes wirkt ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat der Antragstellung folgt (§§ 38 Abs. 2, 34 Abs. 3 VersAusglG).
 - h) Solange die ausgleichsberechtigte Person aus einem im Versorgungsausgleich erworbenen Anrecht keine laufende Versorgung erhalten kann und sie gegen das ausgleichspflichtige Mitglied ohne die Kürzung seines Anrechts durch den Versorgungsausgleich einen gesetzlichen Unterhaltsanspruch hätte, wird durch das Familiengericht auf Antrag die Kürzung der laufenden Versorgung des ausgleichspflichtigen Mitglieds aus der EHV in Höhe des Unterhaltsanspruchs ausgesetzt, maximal in Höhe der Differenz der beiderseitigen Ausgleichswerte (§§ 33, 34 Abs. 1 – 3 VersAusglG). Die Anpassung wirkt ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat der Antragstellung folgt (§ 34 Abs. 3 VersAusglG). Das ausgleichsberechtigte Mitglied hat die KV Hessen unverzüglich über den Wegfall oder Änderungen seiner Unterhaltszahlungen, über den Bezug einer laufenden Versorgung aus einem auszugleichenden Anrecht sowie über den Rentenbezug, die Wiederheirat oder den Tod der ausgleichsberechtigten Person zu unterrichten (§ 34 Abs. 5 VersAusglG). Liegen die Voraussetzungen für eine Aussetzung der Kürzung des

Anrechts nicht mehr vor, hebt die KV Hessen diese auf. Haben sich die Unterhaltszahlungen geändert, entscheidet über die Anpassung das zuständige Familiengericht (§ 34 Abs. 6). Hat die ausgleichsberechtigte Person gegen das ausgleichsverpflichtete Mitglied nur deshalb keinen Anspruch auf Unterhaltsleistung, weil das ausgleichsverpflichtete Mitglied im Rahmen der Ehescheidung den Anspruch auf Unterhaltsleistung durch eine Einmalzahlung abgegolten hat, so findet diese Regelung ebenfalls entsprechende Anwendung, soweit die durch die Einmalzahlung eintretende Belastung des ausgleichspflichtigen Mitglieds mit einer laufenden Unterhaltsleistung vergleichbar ist.

- i) Das ausgleichspflichtige Mitglied kann, solange es noch keine Leistungen aus der EHV bezieht, Beiträge einzahlen, um ein Anrecht aus der EHV, das im Rahmen des Versorgungsausgleichs durch einen Abschlag an Punkten gemindert worden ist, ganz oder teilweise wieder aufzufüllen. Die Höhe der zu zahlenden Beiträge bestimmt sich nach der Zahl der Punkte, um die das Anrecht gemindert wurde, und dem Punktwert zum Zeitpunkt der Zahlung der Beiträge. Findet eine Anpassung wegen Todes (lit. g) statt, sind die Beiträge ganz oder, wenn die ausgleichsberechtigte Person für weniger als 36 Monate Leistungen aus der EHV bezogen hat, zeitanteilig zurückzuzahlen.
 - j) Die ausgleichsberechtigte Person, die Mitglied der KV Hessen ist, noch keine Leistungen aus der EHV bezieht und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann, wenn im Rahmen des Versorgungsausgleichs zu ihren Gunsten ein sonstiges Anrecht extern geteilt wird (§§ 14, 17 VersAusglG), bestimmen, dass ihre bei der EHV bestehende Versorgung Zielversorgung i.S. des § 15 Abs. 1 VersAusglG ist. Die ihr gutgeschriebenen Beträge werden mit dem Punktwert zum Zeitpunkt der Zahlung der Beiträge in Punkte umgerechnet.
- (3) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 LPartG durchzuführen ist, finden die Absätze 1 und 2 entsprechende Anwendung.

§ 10

Übergangsregelung

- (1) Der Punktwert wird zum 1. Juli 2012 erstmalig festgelegt. Ausgangswert ist der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV. Der Wert eines Punktes wird auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspricht 18%. Ein Prozentpunkt entspricht damit $12.000 : 18 = 666,666$ Punkten. Der Wert eines Punkte ergibt sich aus folgender Formel:

Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars₂₀₁₀: (12.000 [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung]: 18 [Anspruchshöchstsatz]) x 12 [Monate] = Punktwert_{2012/2013}.

- (2) Der erstmalige Punktwert wird zum 1. Juli 2012 errechnet, durch den Vorstand festgesetzt und mit der Berechnung veröffentlicht.
- (3) Die erstmalig festzusetzenden Beiträge betragen zum Stichtag 1. Juli 2012 in Euro:

Beitragsklasse	% Anteil am Durchschnittshonorar	Beitrag je Quartal (in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. § 18 Abs. 1 SGB IV)	Beitrag je Quartal (in Euro)
(Spalte 1)	(Spalte 2)	(Spalte 3)	(Spalte 4)
1	0 ≤ 25	2,0450%	627
2	> 25 ≤ 50	4,0900%	1.254
3	> 50 ≤ 75	6,1350%	1.881
4	> 75 ≤ 100	8,1800%	2.508
5	> 100 ≤ 125	10,2250%	3.135
6	> 125 ≤ 150	12,2701%	3.762
7	> 150 ≤ 175	14,3151%	4.389
8	> 175 ≤ 200	16,3601%	5.016
9	> 200	18,4051%	5.643

- (4) Zum 1. Juli 2012 wird die Schwankungsreserve nach § 8 Abs. 2 der bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätze der EHV in die Schwankungsreserve nach § 6 Abs. 1 dieser Grundsätze überführt. Soweit der Bestand zum Überführungstichtag nicht den Vorgaben nach § 6 Abs. 1 entsprechen sollte, ist ein Fehlbetrag entsprechend § 6 Abs. 2 auszugleichen.
- (5) Zum Stichtag 1. Juli 2012 werden die Ansprüche der EHV-Empfänger, die vor diesem Stichtag Leistungen bezogen haben, von dem Anspruch in Prozent nach der bis zum Stichtag geltenden Normalstaffel in Punkte nach dieser Satzung umgerechnet. Ein Prozent nach der Normalstaffel entspricht 666,666 Punkten. Die hieraus errechneten Punkte werden mit dem Punktwert zum 1. Juli 2012 multipliziert. Die EHV-Empfänger erhalten zum 1. Juli 2012 einen Anpassungsbescheid.
- (6) Die bis zum 30. Juni 2012 erworbenen Ansprüche der Beitragszahler in Prozent werden in Punkte nach dieser Satzung umgerechnet. Die Punktekarte der Beitragszahler wird umgestellt. Abs. 5 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Neufassung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung tritt zum 1. Juli 2012 in Kraft, sollte ihre Genehmigung durch das Ministerium später erfolgen, tritt sie rückwirkend zu diesem Zeitpunkt in Kraft. Eine Teilnahme an der Honorarverteilung nach diesen Grundsätzen erfolgt erstmals für das Quartal III/2012.

Änderung der bisher geltenden GEHV

Die bisher geltenden Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV), die durch die Veröffentlichung der zuvor abgedruckten GEHV abgelöst werden, wurden von der Vertreterversammlung in den Sitzungen am 17. Dezember 2011 und 28. Januar 2012 geändert und vom Hessischen Sozialministerium genehmigt. Die Änderung wird hiermit ausgefertigt und durch Veröffentlichung mittels dieses Rundschreibens verkündet. Sie tritt rückwirkend zum 24. Februar 2012 in Kraft.

Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung werden wie folgt geändert:

§ 6 wird wie folgt geändert:

Abs. 4 wird gestrichen.

Der bisherigen Abs. 5 wird zu Abs. 4.

Durch die Streichung des § 6 Abs. 4 GEHV wird die Rechtsprechung des SG Marburg zu dieser Vorschrift umgesetzt. Das SG Marburg sah in der Regelung eine Ungleichbehandlung, da eine entsprechende Regelung zur Begrenzung des Witwenanspruchs auf 60%, wenn die Witwe bzw. der Witwer selbst Vertragsarzt ist, für Witwenansprüche von Nichtvertragsärzten nicht existiert. Die in diesem Schreiben zuvor veröffentlichte Neufassung der GEHV enthält ebenfalls keine entsprechende Regelung zur Begrenzung des Witwenanspruchs in der zuvor beschriebenen Form, so dass die Änderung konsequent in die neuen GEHV übernommen wurde.

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Georg-Voigt-Straße 15
D-60325 Frankfurt/Main
www.kvhessen.de