

**Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung
Thüringen (KVT)**

gemäß § 87b SGB V

**i. V. m. den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

mit Wirkung ab 1. Juli 2012

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|--|--------------|
| Präambel | 2 |
| § 1 Geltungsbereich | 2 |
| § 2 Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung | 2 |
| § 3 Vorwegabzüge vor Trennung der Gesamtvergütung | 3 |
| § 4 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes | 3 |
| § 5 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen | 3 |
| § 6 Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen | 5 |
| § 7 Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen | 6 |
| § 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich | 6 |
| § 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich | 8 |
| § 10 Regelungen für Kooperationsformen | 11 |
| § 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/Übernahme einer Praxis | 12 |
| § 12 Antragsverfahren | 12 |
| § 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen | 12 |
| § 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM | 13 |
| § 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten | 13 |
| § 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen | 14 |
| § 17 Inkrafttreten | 14 |
| Anlage 1 – § 4 Abs. 3 „Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes“ | 15 |
| Anlage 2 – Abkürzungen | 16 |
| Anlage 3 – Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) | 17 |

Präambel

- (1) Für die Honorarverteilung ab dem 1. Juli 2012 hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) auf der Grundlage von § 87b SGB V die nachfolgenden Honorarverteilungsregelungen beschlossen.
- (2) Über die Auslegung der Grundsätze der Honorarverteilung in Verbindung mit den Vorgaben der KBV für die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in der jeweiligen Fassung entscheidet der Vorstand. Er ist ermächtigt, in dringenden Fällen vorläufige Regelungen der Honorarverteilung zu treffen, insbesondere solche, die durch neue EBM-Regelungen erforderlich werden, wenn die wirtschaftliche Basis der Vertragsärzte oder einzelner Fachgruppen gefährdet ist. Diese sind der nächsten Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Bis zur endgültigen Entscheidung durch die Vertreterversammlung behalten die vorläufigen Regelungen ihre Gültigkeit.
- (3) Die Vertreterversammlung wird die Honorarverteilung in den jeweiligen Fachgruppen erstmals nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des 3. Quartals analysieren und danach regelmäßig quartalsweise. Die Ergebnisse der Analyse sind der Vertreterversammlung zur weiteren Beschlussfassung vorzulegen.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Der Honorarverteilung unterliegen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), soweit keine vertraglichen Bestimmungen entgegenstehen. Die Vergütungen von Leistungen außerhalb der MGV richten sich nach den entsprechenden vertraglichen Bestimmungen mit den Krankenkassen.
- (2) Dem HVM unterliegen auch die Gesamtvergütungsanteile für Fremdkassenfälle, die von Thüringer Vertragsärzten und anderen an der Honorarverteilung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden. Die Vergütung der Fremdarztleistungen erfolgt gemäß den Fremdkassenrichtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7a SGB V.
- (3) Nicht dem HVM unterliegt die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen und/oder regionalen Verträgen mit der KVT (u. a. Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Strukturverträge gemäß § 73a SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung ge-

mäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137 f – g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß § 140a–h SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.

- (4) An der Honorarverteilung nehmen entsprechend des vom Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeitsumfangs teil: Die im Bereich der KVT zugelassenen und persönlich ermächtigten Ärzte/Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zugelassene Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Jobsharing), ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, angestellte Ärzte, angestellte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte – nachfolgend Ärzte genannt –, zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie zugelassene Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie in Notfällen in Anspruch genommene nicht ermächtigte Krankenhäuser sowie alle weiteren zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung Berechtigten.

Bei ermächtigten Ärzten/Einrichtungen und Fachwissenschaftlern der Medizin beschränkt sich der Anspruch auf Teilhabe an der Honorarverteilung auf den festgelegten Leistungskatalog.

Bestandteil der Honorarverteilung sind auch Vergütungen für nicht ärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

§ 2 Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung

- (1) Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes über Art und Umfang seiner vertragsärztlichen Leistungen. Diesen Leistungsnachweis hat er für jedes Kalendervierteljahr pro Behandlungsfall bei der KVT einzureichen.
- (2) Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie Art und Umfang des Nachweises der von den Ärzten erbrachten Leistungen richten sich nach den Beschlüssen des Vorstandes der KVT sowie den vom Vorstand der KVT beschlossenen Abrechnungsrichtlinien. Weitere Informationen zu speziellen Abrechnungsfragen sind den KV-Rundschreiben, dem Ärzteblatt Thüringen bzw. den Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen.

- (3) Grundlage für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen ist – sofern nachstehend nicht abweichend geregelt – die regionale Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 1 in Verbindung mit § 87a Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Leistungen außerhalb des eigenen Fachgebietes, für das der Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind nicht vergütungsfähig.

§ 3

Vorwegabzüge vor Trennung der Gesamtvergütung

- (1) Von der zutreffenden kassenübergreifenden MGW werden vor der Berechnung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen die in den §§ 4 bis 6 beschriebenen Vergütungsanteile als Vorwegabzüge gebildet.
- (2) Ausgehend von der aufgrund der Honorarvereinbarung von den Krankenkassen zu zahlenden MGW des jeweiligen Quartals werden folgende Leistungen vor Aufteilung in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet:
 - Leistungen des organisierten Notdienstes sowie Notfalleleistungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern während der Zeiten des organisierten Notdienstes,
 - Konsiliar- und Grundpauschalen (GOP 12210 und 12220), Laborleistungen gemäß Kapitel 32 EBM, Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) EBM,
 - antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM durch Psychotherapeuten sowie Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V (unter Beachtung der Kapazitätsgrenzen gemäß § 13).

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes

- (1) Leistungen des organisierten Notdienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß Abs. (2) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich

im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.

- (2) Die Höhe des Vergütungsvolumens für Leistungen nach Abs. (1) wird bestimmt durch die Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate gesteigerten MGW-Anteils (MGW für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM, soweit diese Vergütung der Leistung nicht bereits in § 5 erfasst ist, für den von der KVT organisierten Notdienst und für Notfallbehandlungen während der Zeiten des organisierten Notdienstes durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser (Schritt 19 der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung – Vorgabe zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens).
- (3) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst angefallenen Leistungen erfolgt auf der Basis des EBM (gegenüber den Krankenkassen). Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet. Die von der KVT ermittelten Pauschalen sind in der Anlage 1 ausgewiesen. Bei Über- bzw. Unterschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (2) erfolgt ggf. eine Anpassung der Pauschalen.
- (4) Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes werden gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 abgerechnet und vergütet.

§ 5

Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen

- (1) Für die Vergütung
 - der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM), die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veran-

lassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 (mit Ausnahme der GOP 32880 – 32882) und 32.3 EBM,

- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und
- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt:

a) Vergütungsvolumen gemäß Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

$$(=VG_1)$$

b) Das Vergütungsvolumen gemäß Abs. 1 a) wird ergänzt um den Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Vorjahresabrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V multipliziert mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

$$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{v,q} \times VR$$

c) Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen

für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$$

(2) Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß Abs. 1 c) vergütet.

(3) Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG_3 gemäß Abs. 1 c) vergütet.

(4) Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe

der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß Abs. 1 c) vergütet.

- (5) Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß Abs. 1 c) vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 (mit Ausnahme der GOP 32880 – 32882) und 32.3 EBM werden unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Abs. 6 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß Teil E der Vorgaben der KBV zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß Abs. 1 c) vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.
- (6) Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Abs. (5) zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

| Arztgruppe | Referenz-Fallwert in Euro |
|--|---------------------------|
| Rheumatologen, Endokrinologen | 40 |
| Nuklearmediziner, Hämatonkologen | 21 |
| Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen | 4 |

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums wird als mit der Zahl der Behandlungsfälle eines Arztes gewichteter Mittelwert der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet.

Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall das Budget erweitern oder aussetzen.

- (7) Bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG₃ wird die Bundeseinheitliche Abstufungsquote „Q“ entsprechend angepasst.

§ 6

Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

- (1) Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem gemäß Abs. (2) gebildeten Vergütungsanteil unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung auf der Basis des Vorjahresquartals vergütet.
- (2) Die Höhe des Vergütungsvolumens wird bestimmt durch die Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und Psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM, der im § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung in Höhe von 0,1722 % in Konsequenz aus dem GKV-Org-WG (EBA, 15. Sitzung vom 2. September 2009, Teil B, Punkt 3.3), für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden MGV enthalten sind (Schritt 17 der Vorgaben zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens).
- (3) Die GOP des Abschnitts 35.2 des EBM für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten die Vergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

§ 7

Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

- (1) Die nach Abzug der Vorwegabzüge gemäß §§ 4 bis 6 gebildete und zutreffende kassenübergreifende MGV ist entsprechend den Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung (Stand 15. Dezember 2011 – Teil B) auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zu verteilen. Es entsteht jeweils ein haus- bzw. fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
- (2) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach Abs. (4) nicht anzupassen.
- (3) Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütung für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
- (4) Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannten Leistungen abzurechnen und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen mit dem abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
- (5) Vorgaben der KBV zur Bereinigung der MGV, die Auswirkung auf die Teilung der MGV in das haus- und fachärztliche versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen haben, sind anzuwenden.

§ 8

Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Das Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich aus der tren-

nungsrelevanten Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals gemäß § 7 in Verbindung mit den Vorgaben der KBV.

Von diesem Honorarvolumen werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM (mit Ausnahme der GOP 40100) innerhalb der MGV des jeweiligen Quartals: Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung und unter Berücksichtigung der für das Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate der MGV. Sofern im Abrechnungsquartal dieses Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz den Fachgruppenkontingenten zuzuführen. Bei Überschreitung dieses Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung
- b) Für die Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte wird bei Abrechnung von drei der nachfolgenden sieben EBM-Leistungen:
 - chronische Wunden, kleinchirurgischer Eingriff nach den GOP 02300, 02302 und 02310
 - Sonographische Untersuchung GOP 33011, 33012, 33042 und 33043
 - Ergometrie GOP 03321
 - Langzeit-Blutdruckmessung GOP 03324
 - Spirographische Untersuchung GOP 03330
 - Chirotherapie GOP 30200, 30201
 - Psychosomatik GOP 35100, 35110

ein zu berechnender Zuschlag (Strukturpauschale) gewährt.

Zur Finanzierung der Strukturpauschale wird den Fachgruppenkontingenten der Hausärzte mit Genehmigung für fachärztliche Leistungen und ohne Genehmigung für fachärztliche Leistungen ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses ergibt sich aus dem Vergütungsvolumen für diese Leistungen auf der Basis des Vorjahresquartals. Die Höhe der Strukturpauschale je Fall errechnet sich aus dem Betrag des Vorwegabzuges geteilt durch die Anzahl der abrechnungsrelevanten Fälle im aktuellen Quartal und steht den anspruchsberechtigten Ärzten zur Verfügung.

- c) Für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird bei Abrechnung von zwei der nachfolgenden vier EBM-Leistungen:
 1. Spirographische Untersuchung GOP 04330
 2. Sonographische Untersuchung des Abdomens GOP 33042 oder Schilddrüse GOP 33012 oder Säuglingshüfte GOP 33051/01722

3. Allergologie GOP 30110, 30111 und 30130

4. Audiometrie GOP 04335

ein zu berechnender Zuschlag (Strukturpauschale) gewährt.

Zur Finanzierung der Strukturpauschale wird dem Fachgruppenkontingent der Kinderärzte ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses ergibt sich aus dem Vergütungsvolumen für diese Leistungen auf der Basis des Vorjahresquartals. Die Höhe der Strukturpauschale je Fall errechnet sich aus dem Betrag des Vorwegabzuges geteilt durch die Anzahl der abrechnungsrelevanten Fälle im aktuellen Quartal und steht den anspruchsberechtigten Ärzten zur Verfügung.

d) Für die Hausärzte, hausärztlich tätigen Internisten und Praktischen Ärzte wird die Betreuung in Pflegeheimen – nur Mitbesuch (Kennzeichnung mit 01413H) – gefördert. Die Vergütung der Betreuungsleistung erfolgt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

e) Als besonders förderungswürdige Leistungen wird die Anpassung der hälftigen Versichertenpauschalen bei Überweisungen durch einen Vertragsarzt des gleichen Fachgebietes an die volle Versichertenpauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich festgelegt. Hierzu wird auf der Basis des aktuellen Abrechnungsquartals die Differenz der Bewertung der hälftigen Versichertenpauschale zur vollen Versichertenpauschale mit dem OPW vergütet. Das hieraus resultierende Vergütungsvolumen wird den jeweiligen Fachgruppenkontingenten gemäß Abs. (2) zugeordnet und steht den anspruchsberechtigten Ärzten zur Vergütung dieser Förderung zur Verfügung.

f) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den hausärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal: Hierbei finden ausschließlich die Bestandteile des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welche auf den hausärztlichen Versorgungsbereich (MGV) entfallen und nicht den Vorwegabzügen nach den §§ 4 bis 6 zuzuordnen sind (ohne Labor, Psychotherapie, Notdienst), Beachtung.

g) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere

- der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit

aufnehmen,

- den Sicherstellungsaufgaben zur Gewährung von Praxisbesonderheiten,
- dem Ausgleich von Honorarverlusten (§ 15),
- dem Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge und Rückstellungen,
- dem Ausgleich bei der Aufhebung von mengenbegrenzenden Maßnahmen gemäß § 8 Abs. 5
- der Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen für Kooperationsformen (§ 10),
- den Antragsverfahren (§ 12).

h) Vergütung der ambulanten Behandlung von Wachkomapatienten gemäß gesamtvertraglicher Vereinbarung (zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 150 € je Wachkomapatient/Quartal – GOP 99210).

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird entsprechend der Zuordnung nach Fachgruppen in Fachgruppenkontingente verteilt.

(2) Für folgende Fachgruppen werden Fachgruppenkontingente im hausärztlichen Versorgungsbereich gebildet:

| lfd. Nr. | Fachgruppe |
|----------|--|
| 1 | Hausärzte mit Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ehemals KO-Leistungen) |
| 2 | Hausärzte ohne Genehmigung für fachärztliche Leistungen (ohne KO-Leistungen) |
| 3 | Kinderärzte |

Der Anteil der hausärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils der entsprechenden zur Verfügung gestellten Quartalsgesamtvergütung der Fachgruppe der Quartale III/2010, IV/2010, I/2011 und II/2011, vermindert um die Vorwegabzüge gemäß § 3 und die Kosten/Leistungen der in Abs. (1) definierten Vorwegabzüge in den jeweiligen Quartalen im Verhältnis der jeweiligen zur Verfügung gestellten Quartalsgesamtvergütung des hausärztlichen Versorgungsbereiches insgesamt, ermittelt.

Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte innerhalb der Fachgruppenkontingente wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgrup-

pe im entsprechenden Vorjahresquartal. Die Summe der Fachgruppenkontingente ist ins Verhältnis zum aktuellen hausärztlichen Gesamtvergütungsanteil nach Abzug der im Abs. (1) definierten Kosten und Vergütungen zu setzen und die einzelnen Fachgruppenkontingente entsprechend anzupassen und stehen sodann für die weitere Ermittlung der Auszahlungspunktwerte zur Verfügung.

Nach Abschluss aller Verrechnungen für das entsprechende Quartal (z. B. sachlich-rechnerische Berichtigung, Fremdkassenzahlungsausgleich) erfolgt eine Anpassung der Fachgruppenkontingente.

- (3) Für die Ermittlung der Auszahlungspunktwerte wird je Arzt (LANR) eine nach der Punktzahlanforderung abgestaffelte Vergütung wie folgt vorgenommen:

Von der individuellen Punktzahl des Abrechnungsquartals werden je Arzt

- a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichsquartals (Vorjahresquartal) mit einem Punktwert von 3,5048 Ct.,
- b) über 65 % mit einem floatenden individuellen Punktwert vergütet, der sich gemäß nachstehender Berechnungsformel ergibt:

Formel Punktwert b):

$$(GV_{FG} - [LB_{VJQFG} \times 0,65 \times \text{fester PW}]) \times (LB_{\text{indiv.VJQ}} \times 0,35)$$

$$(LB_{FG \text{ aktuell}} - [LB_{VJQFG} \times 0,65]) \times (LB_{\text{aktuell indiv.}} - [LB_{\text{indiv.VJQ}} \times 0,65])$$

Die anerkannte Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (1).

Bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes b) ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Das hierfür notwendige Honorarvolumen ist durch Absenkung durch den in a) definierten festen Punktwert bereitzustellen.

- (4) Zur Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen wird zunächst je Fachgruppe eine prozentuale Entwicklung der Arztfallzahlen ermittelt:

$$Fz_{FG\text{Durchschn.}} = \frac{Fz_{FG\text{aktuell}}}{Fz_{FGVJQ}} - 1$$

Sofern ein Rückgang der Arztfallzahl im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal

festgestellt wird, wird der prozentuale Anteil wie folgt ermittelt:

$$Fz_{\text{Arzt}} = \frac{Fz_{\text{Arztaktuell}}}{Fz_{FGVJQ}} - 1$$

Ist der prozentuale Anteil je Arzt niedriger als der der Fachgruppe, wird das individuelle Punktzahlvolumen entsprechend der Differenz der Prozentpunkte abgesenkt.

$$Fz_{\text{Arzt}} - Fz_{FG\text{Durchschn.}} = \text{Anpassung}_{\text{der individuellenPZ}}$$

Bei einer Steigerung der Arztfallzahl über den Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe ($Fz_{FG\text{Durchschn.}}$) kann der Arzt gemäß § 12 einen Antrag auf Anpassung des individuellen Punktzahlvolumens stellen.

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

§ 9

Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Das Honorarvolumen für den fachärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich aus der trennungsrelevanten Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals gemäß § 7 in Verbindung mit den Vorgaben der KBV.

Von diesem Honorarvolumen werden folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM (mit Ausnahme der GOP 40100) innerhalb der MGV des jeweiligen Quartals: Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung und unter Berücksichtigung der für das Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate der MGV. Sofern im Abrechnungsquartal das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz den Fachgruppenkontingenten zuzuführen. Bei Überschreitung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.
- b) Nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb Kapitel 35.2 EBM für Ärzte gemäß § 87 b Abs. 2 (Punkt 2.1 Teil C der Vorgaben der KBV: Nicht antrags- und genehmigungs-

- pflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 EBM sowie sonstige Leistungen, die von Ärzten bzw. Psychotherapeuten erbracht werden, werden aus einem separaten Vergütungsvolumen vergütet. Das Vergütungsvolumen wird auf der Basis der Vergütung des Vorjahresquartals gebildet.
- c) Vergütungen von pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM sowie Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung, sofern sie zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen überwiesen werden: Für die Vergütung der pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt.
- Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Verteilungsvolumen zuzuführen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung der Leistungen.
- d) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den fachärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal: Hierbei finden ausschließlich die Bestandteile des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welche auf den fachärztlichen Versorgungsbereich (MGV) entfallen und nicht den Vorwegabzügen nach den §§ 4 bis 6 zuzuordnen sind (ohne Labor, Psychotherapie, Notdienst), Beachtung.
- e) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere
- der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit (§ 9 Abs. 2) aufnehmen,
 - den Sicherstellungsaufgaben zur Gewährung von Praxisbesonderheiten (§ 12),
 - dem Ausgleich von Honorarverlusten (§ 15),
 - dem Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge und Rückstellungen,
 - dem Ausgleich bei der Aufhebung von mengenbegrenzenden Maßnahmen gemäß § 9 Abs. 5
 - der Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen für Kooperationsformen (§ 10),
 - den Antragsverfahren (§ 12).
- f) Rückstellungen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung Leistungen abrechnen, die gemäß § 7 Abs. (3) und Abs. (4) aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil zu finanzieren sind.
- g) Für Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes wird ein Vergütungsvolumen bestimmt, welches sich durch die Ermittlung des durch das Vorjahresabrechnungsquartal unter Beachtung der Versichertenentwicklung zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattung des EBM, für Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechende Quotierung der Vergütung der Leistungen.
- h) Vergütung von Leistungen ermächtigter Ärzte, von Krankenhäusern und von nicht in Abs. (2) aufgeführten Fachgebieten: Für die Vergütung dieser Leistungen wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt. Hierbei ist die Entwicklung der Anzahl der ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser und Ärzten von Fachgruppen, die nicht in Abs. (2) aufgeführt sind, mittels eines Anpassungsfaktors zu berücksichtigen. Dieser ergibt sich aus der Division der abrechnenden ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (2) zugeordnet sind des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (2) zugeordnet sind im entsprechenden Vorjahresquartal.
- i) Vergütung der ambulanten Behandlung von Wachkomapatienten gemäß gesamtvertraglicher Vereinbarung (zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 150 € je Wachkomapatient/Quartal – GOP 99210)

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Honorarvolumen für den fachärztlichen

Versorgungsbereich wird entsprechend der Zuordnung nach Fachgruppen in Fachgruppenkontingente verteilt.

- (2) Für folgende Fachgruppen werden Fachgruppenkontingente im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet:

| Ifd. Nr. | Fachgruppe |
|----------|--|
| 1 | Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie |
| 2 | Fachärzte für Augenheilkunde |
| 3 | Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie |
| 4 | Fachärzte für Frauenheilkunde |
| 5 | Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, |
| 6 | Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten |
| 7 | Fachärzte für Humangenetik |
| 8 | Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören |
| 9 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13300 – 13311) |
| 10 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350) |
| 11 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13400 – 13431) |
| 12 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13500 – 13502) |
| 13 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13550 – 13561) |
| 14 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670 *) |
| 15 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13700 – 13701) |
| 16 | Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13600 – 13621) |
| 17 | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| 18 | Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |

| | |
|----|---|
| 19 | Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie |
| 20 | Fachärzte für Neurologie |
| 21 | Fachärzte für Nuklearmedizin |
| 22 | Fachärzte für Orthopädie |
| 23 | Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeutisch tätige Ärzte, mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie (GOP's 35200 – 35225) |
| 24 | Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie |
| 25 | Fachärzte für Strahlentherapie |
| 26 | Fachärzte für Urologie |
| 27 | Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM |
| 28 | Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin |
| 29 | Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie |
| 30 | Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin |

*) 85 % der Anforderungen der GOP 30901 werden mit den Preisen der Euro-Gebühren ordnung außerhalb der Regelungen gemäß Abs. (3) vergütet.

Der Anteil der fachärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils der entsprechenden zur Verfügung gestellten Quartalsgesamtvergütung der Fachgruppe der Quartale III/2010, IV/2010, I/2011 und II/2011, vermindert um die Vorwegabzüge gemäß § 3 und die Kosten/ Leistungen der in Abs. (1) definierten Vorwegabzüge in den jeweiligen Quartalen im Verhältnis der jeweiligen zur Verfügung gestellten Quartalsgesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereiches insgesamt, ermittelt.

Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte innerhalb der Fachgruppenkontingente wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal. Die Summe der Fachgruppenkontingente ist ins Verhältnis zum aktuellen fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil nach Abzug der im Abs. (1) definierten Kosten und Vergütungen zu setzen und die einzelnen Fachgruppenkontingente entsprechend anzupassen und stehen sodann für die weitere Ermittlung der Auszahlungspunktwerte zur Verfügung.

Nach Abschluss aller Verrechnungen für das

entsprechende Quartal (z. B. sachlich-rechnerische Berichtigung, Fremdkassenzahlungsausgleich) erfolgt eine Anpassung der Fachgruppenkontingente.

- (3) Für die Ermittlung der Auszahlungspunktwerte wird je Arzt (LANR) eine nach der Punktzahlanforderung abgestaffelte Vergütung wie folgt vorgenommen:

Von der individuellen Punktzahl des Abrechnungsquartals werden je Arzt

- bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichsquartals (Vorjahresquartal) mit einem Punktwert von 3,5048 Ct.,
- über 65 % mit einem floatenden individuellen Punktwert vergütet, der sich gemäß nachstehender Berechnungsformel ergibt:

Formel Punktwert b):

$$\frac{(GV_{FG} - [LB_{VJQFG} \times 0,65 \times \text{fester PW}]) \times (LB_{\text{indivVJQ}} \times 0,35)}{(LB_{FG \text{ aktuell}} - [LB_{VJQFG} \times 0,65]) \times (LB_{\text{aktuell indiv.}} - [LB_{\text{indivVJQ}} \times 0,65])}$$

Die anerkannte Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (1).

Bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes b) ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Das hierfür notwendige Honorarvolumen ist durch Absenkung durch den in a) definierten festen Punktwert bereitzustellen.

- (4) Zur Berücksichtigung einer Fallzahlentwicklung auf das individuelle Punktzahlvolumen wird zunächst je Fachgruppe eine prozentuale Entwicklung der Arztfallzahlen ermittelt:

$$Fz_{FG\text{Durchschn.}} = \frac{Fz_{FG\text{aktuell}}}{Fz_{FGVJQ}} - 1$$

Sofern ein Rückgang der Arztfallzahl im aktuellen Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal festgestellt wird, wird der prozentuale Anteil wie folgt ermittelt:

$$Fz_{Arzt} = \frac{Fz_{Arzt\text{aktuell}}}{Fz_{ArztVJQ}} - 1$$

Ist der prozentuale Anteil je Arzt niedriger als der der Fachgruppe, wird das individuelle Punktzahlvolumen entsprechend der Differenz der Prozentpunkte abgesenkt.

$$Fz_{Arzt} - Fz_{FG\text{Durchschn.}} = \text{Anpassung}_{\text{der individuellenPZ}}$$

Bei einer Steigerung der Arztfallzahl über den Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe ($Fz_{FG\text{Durchschn.}}$) kann der Arzt gemäß § 12 einen Antrag auf Anpassung des individuellen Punktzahlvolumens stellen.

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

§ 10

Regelungen für Kooperationsformen

- Das individuelle Punktzahlvolumen wird für Kooperationsformen gemäß Abs. (2) bis (4) angepasst.
- Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte in fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht.
- Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte gleicher Arztgruppen tätig sind, wird deren individuelles Punktzahlvolumen um 10 % erhöht.
- Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird darüber hinaus der Leistungsbedarf gemeinsam behandelter Patienten des Vorjahresquartals ermittelt und hiervon das individuelle Punktzahlvolumen je Arzt um 2 % erhöht.
- Die Finanzierung des Aufschlages erfolgt aus den jeweiligen Vorwegabzügen gemäß § 8 und § 9.

§ 11

Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/Übernahme einer Praxis

- (1) In den ersten 12 Quartalen nach Aufnahme der Praxistätigkeit erfolgt die Ermittlung der individuellen Punktzahlen je Arzt auf der Basis der eigenen zur Abrechnung eingereichten Werte des abzurechnenden Quartals. Die Höhe der individuellen Punktzahlen je Arzt ist dabei auf die durchschnittlichen Punktzahlen der Fachgruppe oder die Punktzahlen von Praxen gleicher Versorgungsstruktur des entsprechenden Vorjahresquartals begrenzt. Die Vergütung der nach Satz 1 und 2 ermittelten individuellen Punktzahlen je Arzt erfolgt entsprechend den Regelungen der §§ 8 Abs. 3 und 9 Abs. 3. Nach Ablauf von 12 Quartalen erfolgt die Berechnung und Vergütung der individuellen Punktzahlen nach den allgemein gültigen Regelungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes.
- (2) Übersteigen innerhalb der ersten 12 Quartale nach Aufnahme der Praxistätigkeit die eigenen individuellen Punktzahlen die durchschnittlichen Punktzahlen der Fachgruppe oder die Punktzahlen von Praxen gleicher Versorgungsstruktur des entsprechenden Vorjahresquartals, besteht die Möglichkeit eines Antrags nach den Regelungen des § 12.
- (3) In allen Fällen der Übernahme eines Praxis-sitzes wird dem Praxisübernehmer von Amts wegen das individuelle Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers übertragen. Soweit nach zwei Quartalen das entsprechende Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers um mehr als 20 % unterschritten wird, gelten in den nachfolgenden Quartalen seine eigenen Werte des abzurechnenden Quartals zur Ermittlung der individuellen Punktzahlen. Liegen die individuellen Punktzahlen des Praxisvorgängers unter den durchschnittlichen Punktzahlen der Fachgruppe oder den Punktzahlen von Praxen gleicher Versorgungsstruktur, gelten für den Praxisübernehmer die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 12

Antragsverfahren

- (1) Der Vorstand kann in begründeten Fällen auf Antrag des Arztes zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erhöhung der arztbezogenen Punktzahl im Einzelfall gewähren, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Diese liegen insbesondere vor, wenn
 - der Antragsteller vorübergehend gezwungen ist, eine erhebliche Unterversorgung (nicht an die Bedarfsplanungsrichtlinie gebunden) –

hervorgerufen durch Krankheit, Ruhen, Praxisschließung eines Fachkollegen oder Wegfall einer Ermächtigung – im Planungsbereich zu überbrücken,

- beim Antragsteller nach dem 1. Juli 2012 wesentliche Veränderungen des Leistungsspektrums, wie z. B. durch Erwerb zusätzlicher Qualifikationen, Statuswechsel etc., eingetreten sind,
 - bei Neuniederlassungen in Fachgebieten mit weniger als fünf niedergelassenen Vertragsärzten bzw. mit Subspezialisierung mit weniger als zehn vergleichbaren Vertragsärzten kein repräsentativer Fachgruppendurchschnitt zugrunde gelegt werden kann,
 - eine Zulassung nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie Nr. 24 a; b bis e (Sonderbedarfszulassung) erfolgte,
 - Vertragsärzte im Vorjahresvergleichs-quarteral vorübergehend oder eingeschränkt (mindestens ein Quartal) nicht vertragsärztlich tätig waren, z. B. aufgrund von Krankheit, Ruhen der Zulassung, etc.
- (2) Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheides beim Vorstand der KVT zu stellen.

§ 13

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

- (1) Für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie werden anstelle von individuellen Punktzahlvolumen zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zur Steuerung der Vergütung der vertragstherapeutischen Tätigkeit gebildet.
- (2) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Abs. (1) genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.
- (3) Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in Abs. (1) genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt des Vorjahresquartals, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der jeweils gültigen Fassung, ermittelt.

- (4) Je Arzt der in Abs. (1) genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte aus Abs. (2) und Abs. (3)
 - (5) Zur Vergütung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden die Honoraranteile gemäß § 6 Abs. (2) gemindert um § 6 Abs. (3) und § 9 Abs. (1) 2. Spiegelstrich zusammengefasst.
 - (6) Bei der Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen eines Arztes/Psychotherapeuten ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
 - (7) Für Ärzte, die außer in ihrer Praxis auch an einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird eine gesamte zeitbezogene Kapazitätsgrenze für die vom jeweiligen Arzt/Psychotherapeuten in der Praxis und in der Teilberufsausübungsgemeinschaft erbrachten Leistungen ermittelt.
 - (8) Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung, sind bis zu der gemäß Abs. (4) ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus dem Honorarvolumen gemäß Abs. (5) zu vergüten.
 - (9) Überschreitet die abgerechnete ärztliche Leistung bzw. therapeutische Zuwendungszeit, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung die gemäß Abs. (4) ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen vergütet. Der Punktwert ermittelt sich aus der Differenz des verbleibenden Honorarvolumens gemäß Abs. (5).
 - (10) Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt. Dabei legt der Vorstand fest, ob der Bezug auf ein Quartal oder auf einen längerfristigen Zeitraum erfolgt. Sollte ein über ein Quartal hinausgehender Zeitraum festgelegt werden, ist auch ein entsprechender Vergleichszeitraum bei den Berechnungen anzuwenden.
- jeweiligen Fachgruppenkontingentes bzw. des individuellen Punktzahlvolumens zu berücksichtigen.
- (2) Zukünftige EBM-Änderungen und deren mögliche Auswirkungen auf Fachgruppenkontingente und auf das individuelle Punktzahlvolumen des Arztes sind im Hinblick auf einen eventuellen Anpassungsbedarf zu beobachten. Entsprechendes gilt auch bei Änderungen der Bewertungsrelationen im EBM im Vergleich zum Vorjahr. Der Vorstand wird ermächtigt, entsprechende Anpassungen vorzunehmen. Diese sind der Vertreterversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Bis zur Entscheidung der nächsten Vertreterversammlung gelten diese jedoch vorbehalten.

§ 15

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

- (1) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann eine Ausgleichszahlung erfolgen. Sofern die Honorarminderung durch Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM begründet ist, entscheidet der Vorstand über eine Ausgleichszahlung.
- (2) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Abs. (3) bis (5) vorliegt, erfolgt auf Antrag des Arztes, welcher innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheides zu stellen ist.
- (3) Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis im Abrechnungsquartal um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann die KVT auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung aus der Umstellung der Mengensteuerung auf diesen HVM resultiert.
- (4) Die Überprüfung der Honorare erfolgt jeweils zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vorjahresquartal. Weiter zurückliegende Zeiträume bleiben unberücksichtigt.
- (5) Für den Vergleich unberücksichtigt bleiben Gründe, die im Leistungsverhalten des Arztes, durch Änderung des EBM, den Wegfall oder die Minderung von Aufschlägen von Kooperationsformen oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar aus der Umstellung auf diesen HVM resultieren. Unberücksichtigt bleiben auch Kosten gemäß Kapitel 32 und 40 EBM.
- (6) Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller grundsätzlich eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe, bis maximal 85 % des Umsatzes des Vorjahresquartals.

§ 14

Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM

- (1) Die durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses ab dem 1. Januar 2012 neu in den EBM (GOP 06225, Kapitel 9 und 20 EBM) aufgenommenen GOP sind bei der Ermittlung des

§ 16

Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen

- (1) Gemäß §§ 73b Abs. 7 Satz 2, 73c Abs. 6 Satz 2, 140 Abs. 2 Satz 2 und 63/64 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 4 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der jeweils teilnehmenden Versicherten sowie den in dem jeweiligen Selektivvertrag vereinbarten Inhalt zu bereinigen.
- (2) Im Falle der Teilnahme von Ärzten an den in Abs. (1) genannten Verträgen, die mit einer Bereinigung der MGV verbunden sind, erfolgt auch eine Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens oder der betroffenen Fachgruppenkontingente der Arztgruppe.
- (3) Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, bedarf es einer Regelung, die das Verfahren zur Berücksichtigung des kassenartenspezifisch bereinigten Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei der Bereinigung des arztindividuellen Punktzahlvolumens oder des Fachgruppenkontingentes der Arztgruppe verbindlich und kassenartenübergreifend regelt. Der Vorstand wird ermächtigt, entsprechende Grundsätze zur Durchführung der Bereinigung zu beschließen.

§ 17

Inkrafttreten

- (1) Der Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2012 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnung ab dem 3. Quartal 2012 anzuwenden.

Anlagen

Anlage 1: § 4 Abs. 3 „Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes“

Anlage 2: Abkürzungen

Anlage 3: Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)

ausgefertigt am: 06.06.2012

gezeichnet: (Dienstsiegel)
Dr. med. Andreas Jordan
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Anlage 1
zum Honorarverteilungsmaßstabes der KVT ab 1. Juli 2012

§ 4 Abs. 3 – Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes

1. Vergütung allgemeiner Notdienst

Die Bereitschaftspauschalen pro Stunde:

| | | |
|-----------------|---------|----------------------------|
| Pauschale Tag | 40,00 € | von 7.00 Uhr bis 24.00 Uhr |
| Pauschale Nacht | 30,00 € | von 0.00 Uhr bis 7.00 Uhr |

Arzt-Patienten-Kontakte:

| | | |
|------------------|---------|----------------------------|
| Sitzdienst | 12,50 € | |
| Fahrdienst Tag | 30,00 € | von 7.00 Uhr bis 24.00 Uhr |
| Fahrdienst Nacht | 45,00 € | von 0.00 Uhr bis 7.00 Uhr |

2. Vergütung fachärztlicher Notdienst

| | |
|------------------|---------|
| Tagespauschale: | 20,00 € |
| Eigene Patienten | 25,00 € |
| Fremde Patienten | 45,00 € |

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstabes der KVT ab 1. Juli 2012

Abkürzungen:

| | |
|------------|---|
| EBA | Erweiterter Bewertungsausschuss |
| EBM | Einhheitlicher Bewertungsmaßstab |
| FG | Fachgruppe |
| FZ | Fallzahl |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-Org-WG | Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| GV | Gesamtvergütung |
| HVM | Honorarverteilungsmaßstab |
| KBV | Kassenärztlichen Bundesvereinigung |
| KVT | Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen |
| LANR | Lebenslange Abrechnungsnummer |
| LB | Leistungsbedarf |
| LFKZ | Leistungsbedarf Fremdkassenzahlungsausgleich |
| MGV | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung |
| PW | Punktwert |
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünf |
| VG | Vergütungsvolumen |
| VjQ | Vorjahresquartal |
| VR | Veränderungsrate |

Anlage 3 zum Honorarverteilungsmaßstabes der KVT ab 1. Juli 2012

Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)

- Teil A – Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 1 SGB V*¹
- Teil B – Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereiches (VV_{VB})*
- Teil C – Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen*
- Teil D – Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen*
- Teil E – Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen*

*) Die Inhalte der Teile A bis E ist dem Anhang zu Anlage 3 zu entnehmen

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung zum 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VVVB)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG)

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V (GKV-VStG) die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V (GKV-VStG), die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V (GKV-VStG) Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - a. den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
 - b. den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - c. den Vorgaben in Teil B bis D, einschließlich Anhang entspricht,
 - d. werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:
 - e. Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1,
 - f. 2.2, 2.3, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5.,
 - g. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.
7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird anhand der Transparenzdaten gemäß § 87c SGB V (GKV-VStG) die Inhalte der Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 30. August 2012 überprüfen und ggf. ihre Vorgaben mit Wirkung zum 1. Januar 2013 anpassen. Zur Lieferung der Transparenzdaten wird sie noch eine gesonderte Vereinbarung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen treffen.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Anhang zu Teil B

der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Vorgabe zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.), 18.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$(= \text{MGV}^{2009})$$

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

$$(= \text{TVG}_1^{2009})$$

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.
(= TVG_2^{2009})

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.

(= TVG_3^{2009})

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG_4^{2009})

Schritt 6.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{VG} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}_1^{2009} - \text{TVG}_2^{2009} - \text{TVG}_3^{2009} - \text{TVG}_4^{2009}$$

[Formel 1]

Schritt 7.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 1.

(= $MGV_{HÄ}^{2009}$)

Schritt 8.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= LAB^{2007})

Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= LAB^{2009})

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).

Schritt 9.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für

- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$LAB_{HÄ}^{2007} = VG (\text{Kosten Kap.32})_{HÄ}^{2007} + VG (\text{GOP 32001})_{HÄ}^{2007}$

[Formel 2]

- Schritt 10.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} / \text{LAB}^{2007} \times \text{LAB}^{2009} - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $\text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:

$$\text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} = \text{LAB}_{\text{HÄ}}^{2007} \times 1,049 - \text{LFKZ}_{\text{HÄ}}^{2009}$$

- Schritt 11.)** Ermittlung der Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1./2009 und 2./2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen KV-Bezirk teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dabei werden zugelassene und angestellte Vertragsärzte jeweils gemäß ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, ermächtigte Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 sowie die Anzahl der Ermächtigungen gezählt. Vertragspsychotherapeuten werden bei der Zählung nicht berücksichtigt.

- Schritt 12.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, je Arzt gemäß Schritt 11.)

$$\text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_3^{2009} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

- Schritt 13.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, für die zu diesem Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzte bzw. MVZ.

$$\text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009} = \text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} = \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$\text{TF} = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16.) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

$$(\text{ = } \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}})$$

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$\text{TVG}_{1}^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times \text{VR} + 0,001722 \times \text{MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$\text{TVG}_{2}^{\text{Quartal}} = \text{VG}_{\text{VJQ}} (\text{Labor}) \times \text{VR}$$

[Formel 9]

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden.

Schritt 19.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$TVG_3^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $MGV_{KV}^{\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3. gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

$$TVG_4^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$V_{V_{H\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} \times TF + TVG_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$V_{V_{F\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{U}V_{KV}}^{\text{Quartal}} - V_{V_{H\ddot{A}}}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungs- volumen (gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)

Schritt 24.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16.) gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsvorschriften

$$MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} = MG_{VKV}^{VJQ} \times VR$$

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}^{H\ddot{A}}(\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}(\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

Schritt 27.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) als Vergleichsgröße für das hausärztliche Verteilungsvolumen gemäß Schritt 22.)

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_{4}^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 18]

Schritt 28.) Sofern das hausärztliche Verteilungsvolumen um mehr als 5 % von der Vergleichsgröße gemäß Schritt 27 abweicht, so ist das hausärztliche Verteilungsvolumen nach Konvergenz mit der um 5 % veränderten Vergleichsgröße gemäß Schritt 27.) festgelegt:

$$\begin{array}{ll}
 KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} & \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\
 & \leq VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\
 & \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\
 KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} & \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\
 & < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\
 KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} = 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} & \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{Quartal} \\
 & > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ}
 \end{array}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{F\ddot{A}}^{Quartal} = V\ddot{u}V_{KV}^{Quartal} - KVV_{H\ddot{A}}^{Quartal} + TVG^4_{Quartal}$$

[Formel 19]

Feststellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ im Anhang zu den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG), Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.

Teil C

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

1. Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anhang zu Teil B, Schritt 17.) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 2.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 2.2.1 zu berücksichtigen sind. Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bestimmen.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 2.1 können auch innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus einem nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vergütet werden.

2. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

2.1 Anwendungsbereich

Für

- Psychologische Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 2.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 2.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet.

2.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

2.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 2.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

2.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen (optional)

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 2.1 genannten Arztgruppen kann die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt werden.

2.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (optional)

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 2.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze ggf. aus der Addition der Werte in 2.2.1 und 2.2.2.

2.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der ggf. nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen ggf. aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß 1., erster Absatz sowie dem nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ggf. festgelegten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zu bilden. Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 ist durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG zu bestimmen.

Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

| Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent | |
|--|-----------------------------|
| Kooperationsgrad in Prozent | Anpassungsfaktor in Prozent |
| 0 bis unter 10 | 0 |
| 10 bis unter 15 | 10 |
| 15 bis unter 20 | 15 |
| 20 bis unter 25 | 20 |
| 25 bis unter 30 | 25 |
| 30 bis unter 35 | 30 |
| 35 bis unter 40 | 35 |
| 40 und größer | 40 |

- d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = $(\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
 - e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
 - f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.
- 3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
 - 4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
 - 5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß
§ 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur
Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
mit Wirkung zum 1. Juli 2012¹

I. Änderung des Anhangs zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Schritt 18.) im Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird wie folgt gefasst:

Ermittlung der für das aktuelle Abrechnungsquartal zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) wie folgt:

- a. Brutto-Leistungsbedarf in Punkten im jeweiligen Quartal im Jahr 2008² entsprechend der Datenlieferung „ARZTRG87c4“ für
- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM) unter Berücksichtigung des Anpassungsfaktors für die GOP 12220 gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7. Sitzung vom 27./28. August 2008, Teil A, Nr. 2.4, in Höhe von 0,6407.
 - die Grundpauschale (GOP 01310, 01311, 01312) bzw. die Konsiliarpauschale (GOP 12210) für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen,
 - die GOP 32001 nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

Dabei sind in Euro bewertete Leistungen mit dem Orientierungswert des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent in Punkte umzurechnen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen 01310, 01311 und 01312 den jeweiligen Anteil der zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigten Ärzten, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen bezogen auf die Versicherten mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung.

- b. Das Punktzahlvolumen wird mit der rechnerischen bundesdurchschnittlichen Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die unter a. genannten Leistungen des jeweiligen Quartals des Jahres 2008 multipliziert.

¹ Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 3. Quartal 2012 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 umzusetzen.

² Vorgehen bei wirksamer Bereinigung: Sofern im Aufsatzzeitraum 2008 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Leistungshäufigkeiten der letztverfügbaren vollständigen Abrechnungsquartale unter Beachtung der Bewertung der Leistungen im Jahr 2008 zu verwenden.

- c. Zur Fortschreibung auf das aktuelle Abrechnungsquartal wird der nach b. ermittelte Wert mit den bis zum aktuellen Abrechnungsquartal für jedes Jahr vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multipliziert.

- d. Aus der Multiplikation des nach c. ermittelten Wertes mit dem jeweils gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 SGB V resultiert die zutreffende MGV im aktuellen Abrechnungsquartal.

$$\text{TVG}_2^{\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{ Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \times \text{HVV-Quote}(\text{Labor}) \\ \times \text{VR}_j \times \text{reg. PW}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 9]

II. Neufassung des Teils E:

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Im Rahmen der vorgegebenen Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich einerseits und den fachärztlichen Versorgungsbereich andererseits ist vor der Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter anderem ein Vorwegabzug für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

1. Bundeseinheitliche Vorgaben

1.1 Ermittlung der Abstufungsquote für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Ermittlung der Abstufungsquote Q für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM erfolgt nach den folgenden Berechnungsschritten bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Basis der Abrechnungen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Daten.

1.1.1 Ermittlung der Summe der für das Vorjahresabrechnungsquartal gemäß Formel 9 des Schritts 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zutreffenden MGV über alle Kassenärztliche Vereinigungen. Bei wirksamer Bereinigung aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird der entsprechende Bereinigungsbetrag für das Vorjahresquartal in Abzug gebracht.

1.1.2 Zum Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 wird das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM hinzuaddiert.

1.1.3 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.2 werden folgende Beträge abgezogen:

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588. Dabei ist für das Jahr 2012 die Änderung der Abrechnungsbestimmungen für die zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen angemessen zu berücksichtigen.

- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM.
- Das angeforderte Honorarvolumen des Vorjahresabrechnungsquartals der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 90 vom Hundert des angeforderten Honorarvolumens im Vorjahresabrechnungsquartal für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Ermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird diesen Ansatz der Kostenerstattungen gemäß GOP 40100 EBM der Höhe nach durch Analyse der Auswirkungen der Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen regelmäßig überprüfen und ggf. anpassen.

1.1.4 Ermittlung des für das Vorjahresabrechnungsquartal insgesamt angeforderten Honorarvolumens für Kostenerstattungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM abzüglich des angeforderten Honorarvolumens der Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

1.1.5 Ermittlung der Abstaffelungsquote Q durch Division des gemäß 1.1.2 erhöhten und gemäß 1.1.3 reduzierten Vergütungsvolumens nach 1.1.1 durch das Volumen nach 1.1.4.

1.1.6 Die für die Berechnung benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 und 1.1.4 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungsquartal jeweils am 1. Arbeitstag des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt. Die Übermittlung dieser Daten wird in einer technischen Vorgabe durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt.

1.2 Bekanntgabe der bundeseinheitlichen Vorgaben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt die bundeseinheitlich anzuwendende Abstaffelungsquote Q gemäß 1.1.5 je Abrechnungsquartal in einem Rundschreiben spätestens am 15. des 4. Monats vor Quartalsbeginn an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt.

2. KV-spezifisches Vergütungsvolumen für Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin

Für die Vergütung

- der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM,
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM und

- der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM

wird das wie folgt zu ermittelnde Vergütungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung zur Verfügung gestellt:

- 2.1** Vergütungsvolumen gemäß Schritt 18.) aus dem Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

(=VG₁)

- 2.2** Das Vergütungsvolumen gemäß 2.1 wird ergänzt um den Saldo aus den Forderungen aus den in Schritt 18.), Anhang zu Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten aus oben genannten Gebührenordnungspositionen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Vertragsärzte des Vorjahresabrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V multipliziert mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{VJQ} \times VR$

- 2.3** Zusätzlich ist das mit der für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarten Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung multiplizierte Vergütungsvolumen für die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM, die im Rahmen der Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte abgerechnet wurden, nach Anforderung im Vorjahresabrechnungsquartal aus den versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen nach Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen.

$VG_3 = VG_2 + VG_{40100} \times VR$

3. Vergütung der Ärzte

3.1 Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die Gebührenordnungsposition 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 vergütet.

3.2 Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 1,4588 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 vergütet.

3.3 Vergütung der Laborversandpauschale

Die Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativer-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 vergütet.

3.4 Vergütung der Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 werden zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen VG₃ vergütet. Die weiteren Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 3.5 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG₃ gemäß 2.3 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.5 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.5.1 Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen unter Berücksichtigung von Nr. 3.4 zu vergüten.

3.5.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes mit der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

3.5.3 Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets nach 3.5.2

| Arztgruppe | Referenz-Fallwert in Euro |
|--|---------------------------|
| Rheumatologen, Endokrinologen | 40 |
| Nuklearmediziner, Hämatologen | 21 |
| Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen | 4 |

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums wird als mit der Zahl der Behandlungsfälle eines Arztes gewichteter Mittelwert der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet.

- 3.5.4 Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.5.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.5.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.5.1 durchführen.
- 3.5.5 Die Kassenärztliche Vereinigung kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall das Budget nach 3.5.2 erweitern oder aussetzen.

3.6 Finanzierung der Leistungen

Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens VG_3 durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.5 ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bestimmen.

4 Übergangsregelung

- 4.1 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1.6 erfolgte die Ermittlung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 auf der Grundlage der Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Information der KBV 41/2012 vom 6. März 2012.
- 4.2 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1 erfolgt die Bestimmung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 ohne die gesonderte Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 4.3 Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.2 erfolgt die Bekanntmachung der Abstaffelungsquote Q des 3. Quartals 2012 in einem Rundschreiben am 27. April 2012.

