

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

gemäß § 87 b SGB V

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

gültig ab 1. Juli 2012
mit den Änderungen der Beschlussfassungen
der Vertreterversammlung
am 15. September 2012, am 27. Februar 2013
und am 12. Juni 2013

mit Wirkung ab 1. Januar 2013 bzw. ab 1. Juli 2013

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	2
Präambel	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung	4
§ 3 Vorwegabzüge vor Trennung der Gesamtvergütung	4
§ 4 Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes	4
§ 5 Vergütung und Steuerung der Labor-, Konsiliar- und Grundpauschale (GOP 12210 und 12220 EBM) sowie laboratoriumsmedizinischer Leistungen und Kostenerstattungen	5
§ 6 unbesetzt	5
§ 7 Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen	5
§ 8 Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich	6
§ 9 Aufteilung des Honorarvolumens für den fachärztlichen Versorgungsbereich	9
§ 10 Regelungen für Kooperationsformen	13
§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Übernahme einer Praxis	13
§ 12 Antragsverfahren	14
§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	14
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	15
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	15
§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen	16
§ 17 Inkrafttreten	16
Anlage 1 - § 4 Abs. 3 "Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes"	17
Anlage 2 - Abkürzungen	18
Anlage 3 - Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)	19

Präambel

- (1) Für die Honorarverteilung ab dem 1. Juli 2012 hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) auf der Grundlage von § 87 b 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 § 73 a SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73 c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137 f - g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß § 140 a - 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.

- (5) Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 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 § 87 a Abs. 1 in Verbindung mit § 87 a 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 MGV 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 MGV 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.

§ 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 MGV-Anteils (MGV 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 § 87 b 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 Veranlassung 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 ein Vergütungsvolumen auf der Basis der jeweils gültigen Vorgaben der KBV (Teil E) ermittelt.

- (2) Die Vergütung der Leistungen/Kostenerstattungen erfolgt auf der Basis der jeweils gültigen Vorgaben der KBV (Teil E).
- (3) Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) ist sicherzustellen, dass mindestens die bundeseinheitliche Abstufungsquote "Q" vergütet wird. Die Vergütung für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) wird bei Überschreitung des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) veranlasserbezogen anteilig aus den Rückstellungen für Fehlschätzungen gemäß § 8 Abs. (1) g und § 9 Abs. (1) e ausgeglichen.

§ 6 (unbesetzt)

§ 7

Versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen

- (1) Die nach Abzug der Vorwegabzüge gemäß §§ 4 bis 6 gebildete und zutreffende kassenübergreifende MGV ist entsprechend den jeweils gültigen Vorgaben der KBV zur Trennung der Gesamtvergütung - (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) Die jeweils gültigen Vorgaben der KBV zur Bereinigung der MGV, die Auswirkung auf die Teilung der MGV in das haus- und fachärztliche versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen haben, sind anzuwenden.
- (6) Das infolge des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM zur Verfügung gestellte Honorarvolumen wird unter Beachtung der Vorgaben der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und fachärztlichen Anteil im fachärztlichen Versorgungsbereich den fachärztlichen Verteilungsvolumen der Arztgruppen der Grundversorgung (Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Neurologen, Nervenheilkunde und Psychiatrie, Orthopäden, Urologen und Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin, ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten gemäß § 13 HVM) und im hausärztlichen Versorgungsbereich den Arztgruppen der Haus- und Kinderärzte zugeführt.
- (7) Die Aufteilung des Honorarvolumens ab dem I. Quartal 2013 gemäß Abs. (6) zwischen den entsprechenden Fachgruppen im jeweiligen Versorgungsbereich erfolgt entsprechend der anerkannten Punktzahlanforderung der Fachgruppe im Vorjahresquartal an der anerkannten Gesamtpunktzahlanforderung der betroffenen Fachgruppen des Versorgungsbereiches im Vorjahresquartal.

§ 8

Aufteilung des Honorarvolumens für den hausärztlichen Versorgungsbereich

- (1) Das Honorarvolumen für den hausärztlichen Versorgungsbereich ergibt sich aus der trennungsrelevanten Gesamtvergütung des jeweiligen Quartals gemäß § 7 in Verbindung mit den jeweils gültigen 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
2	Kinderärzte

Der Anteil der hausärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils an der anerkannten Punktzahlanforderungen der entsprechenden Fachgruppen auf der Basis des Vorjahresquartals an der anerkannten hausärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung des Vorjahresquartals, vermindert um die Vorwegabzüge gemäß § 3 und Kosten/Leistungen der in Abs. (1) definierten Vorwegabzüge, 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 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.

(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 Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit einem Punktwert von 3,5363 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).

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und ihre Tätigkeit im Bereich der KV Thüringen eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KV Thüringen tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 Prozent mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die in Job-Sharing-Praxen tätig sind und gemäß Bedarfsplan einen Tätigkeitsumfang von „0“ haben (Job-Sharing-Junior), bekommen keine individuelle Punktzahl. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals wird zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

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) 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 sowie der GOP 35150 EBM für die Ärzte, denen kein individuelles Punktzahlvolumen gemäß Abs. 3 zugeordnet wird und die in § 87 b Abs. 2 SGB V genannt sind. Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 (ohne GOP 35150 EBM) 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 Vorjahresquartals.

Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine entsprechende Quotierung der Vergütung der Leistungen.

- 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 Lungenerkrankungen (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 und Fachärzte für Neurologie und 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)
20	Fachärzte für Nuklearmedizin
21	Fachärzte für Orthopädie
22	Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie

23	Fachärzte für Strahlentherapie
24	Fachärzte für Urologie
25	Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM
26	Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
27	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
28	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin

*) Der angeforderte Leistungsbedarf der Gebührenordnungsposition 30901 wird mit 85 Prozent mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Regelung gemäß Abs. 3 vergütet.

Der Anteil der fachärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils an den anerkannten Punktzahlanforderungen der entsprechenden Fachgruppen auf der Basis des Vorjahresquartals an der anerkannten fachärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung des Vorjahresquartals, vermindert um die Vorwegabzüge gemäß § 3 und Kosten/Leistungen der in Abs. (1) definierten Vorwegabzüge, 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.

- (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 3,5363 Ct.,
- 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).

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und ihre Tätigkeit im Bereich der KV Thüringen eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KV Thüringen tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 Prozent mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden

Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die in Job-Sharing-Praxen tätig sind und gemäß Bedarfsplan einen Tätigkeitsumfang von „0“ haben (Job-Sharing-Junior), bekommen keine individuelle Punktzahl. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals wird zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

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) 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

- (1) Das individuelle Punktzahlvolumen wird für Kooperationsformen gemäß Abs. (2) bis (4) angepasst.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Die Finanzierung des Aufschlages erfolgt aus den jeweiligen Vorwegabzügen gemäß § 8 und § 9.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 finden keine Anwendung für zugelassene Ärzte gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

§ 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 Praxissitzes 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 Fachgruppenschlüssel zugrunde gelegt werden kann,
 - eine Zulassung nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie Nr. 24 a; b bis e (Sonderbedarfszulassung) erfolgte,
 - Vertragsärzte im Vorjahresvergleichsquartal 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 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.
- (3) Je Arzt der in Abs. (1) genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus den Werten aus Abs. (2).
- (4) Zur Vergütung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden die Honoraranteile gemäß § 9 Abs. (1) herangezogen.

- (5) Bei der Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen eines Arztes/Psychotherapeuten ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (6) 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.
- (7) 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. (3) ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus dem Honorarvolumen gemäß Abs. (4) zu vergüten.
- (8) 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. (3) 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. (4).
- (9) 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.

§ 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 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 vorbehaltlich.

§ 15

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

- (1) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten kann eine Ausgleichszahlung erfolgen, sofern die Honorarminderung durch Änderungen im HVM begründet ist. Über Anträge auf Ausgleichszahlung wegen überproportionalen Honorarverlustes entscheidet der Vorstand.
- (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.

§ 16

Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen

- (1) Gemäß §§ 73 b Abs. 7 Satz 2, 73 c Abs. 6 Satz 2, 140 Abs. 2 Satz 2 und 63/64 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge den Behandlungsbedarf nach § 87 a Abs. 3 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87 b Abs. 4 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der jeweils teilnehmenden Versicherten sowie den in dem jeweiligen Selektivvertrag vereinbarten Inhalt zu bereinigen. Für die Bereinigung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V - Teil F - in der jeweils gültigen Fassung.
- (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. Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten entsprechend der jeweiligen Beschlussfassung der Vertreterversammlung in Kraft.

Anlagen

- Anlage 1 § 4 Abs. 3 "Vergütung und Steuerung von Leistungen des organisierten Notdienstes"
- Anlage 2 Abkürzungen
- Anlage 3 Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)

Anlage 1
zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT

§ 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 Honorarverteilungsmaßstab der KVT

Abkürzungen:

EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher 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 Arztnummer
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

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

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (*Stand: 21. November 2012*)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB}) (*Stand: 21. November 2012*)
Übergangsregelung für den Zeitraum 1. Juli 2013 bis 30. September 2013
(Stand 16. Mai 2013)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(*Stand: 21. November 2012*)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen (*Stand: 15. Dezember 2011*)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(*Stand: 21. November 2012*)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(*Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2012*)*

***) Die Inhalte der Teile A bis F sind dem Anhang zu Anlage 3 zu entnehmen**

Anhang zu Anlage 3
Zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT

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

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: 21. November 2012)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: 21. November 2012)
Übergangsregelung für den Zeitraum 1. Juli 2013 bis 30. September 2013
(Stand 16. Mai 2013)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2012)¹

1

Die Inhalte der Teile A bis F sind 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
verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung vom 21. November 2012

mit Wirkung vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Dezember 2013

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: 21. November 2012)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: 21. November 2012)
Übergangsregelung für den Zeitraum 1. Juli 2013 bis 30. September 2013
(Stand 16. Mai 2013)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: 21. November 2012)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Neufassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2012)

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,

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:
 - d. 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,
 - e. 2.2, 2.3, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5.,
 - f. 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

geändert durch Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung vom 27. April 2012, 12. Juni 2012 und 21. November 2012

mit Wirkung zum 1. Juli 2012² bis zum 30. Juni 2013

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.

2

Soweit diese Änderungen 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.

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.

Übergangsregelung für das 1. Halbjahr 2013

- a) Im Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 ist in Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsübergreifenden Verteilungsvolumens die Ausdeckung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (Gebührenordnungsposition 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.
- b) Dabei ist der Subtrahend $TVG_1^{Quartal}$ auf Null zu setzen.
- c) Der für die Ausdeckung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu den bereinigten Aufsatzwerten³ gesamtvertraglich vereinbarte Abzug von dem trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumen erfolgt nach der Trennung.

3

Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen und zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V sowie Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i.V.m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2013 in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1, 9. Absatz, Nr. 18.).

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen
Vereinigungen**

mit Wirkung vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013

Die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V Teil B *Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs* mit Wirkung vom 23. September 2011 bis zum 30. Juni 2013, beschlossen durch den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 15. Dezember 2011, geändert durch Beschlüsse vom 27. April 2012, vom 12. Juni 2012, vom 25. Juni 2012, vom 14. August 2012 sowie vom 21. November 2012, werden mit folgender Maßgabe mit Wirkung vom 1. Juli 2013 angepasst und bis zum 30. September 2013 fortgesetzt.

Aufnahme einer Übergangsregelung für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis zum 30. September 2013 zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013.⁴

I. Ausdeckelung der nephrologischen Leistungen

- a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist die Ausdeckelung der Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 EBM sowie der Versicherten-pauschalen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden, zu berücksichtigen.
- b) Der Abzug des gesamtvertraglich vereinbarten Ausdeckelungsbetrags für die in a) genannten Leistungen erfolgt nach der Trennung im jeweiligen Versorgungsbereich.

II. Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung

4

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

- a) In Schritt 21.) des Anhangs zu Teil B für die Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens ist der aus der Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß dem o. g. Beschluss, Nr. 2, resultierende Betrag abzuziehen.
- b) Die gemäß dem o. g. Beschluss Nr. 2 beschlossenen Beträge sind dem fachärztlichen Verteilungsvolumen nach Schritt 23.) des Anhangs zu Teil B zuzuführen.

T e il C

im Benehmen mit dem GKV-
Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

T e il 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 Prozent erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent 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	
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.

Teil E

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2012⁵⁶⁷

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

5

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.

6

Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 27. April 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 12. Juni 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

7

Analog zum Beschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 12. Juni 2012 zu den Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Änderungen [im Beschluss des Vorstandes vom 14. August 2012] spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2012 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen.

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 gemäß 1.1.5 ermittelten Abstaffelungsquoten für das 1. und 2. Quartal werden zu einer Gesamtabstaffelungsquote für das jeweilige erste Halbjahr zusammengeführt. Satz 1 gilt entsprechend für die gemäß 1.1. 5 ermittelten Abstaffelungsquoten für das 3. und 4. Quartal.

1.1.7 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 des jeweiligen Halbjahres in einem Rundschreiben spätestens am 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn 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 voraussichtlichen 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 Abrechnungsquartals nach Anwendung der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nummer 2 SGB V

$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{VJQ}$

- 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 VG_3 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 VG_3 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 VG_3 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 – sofern diese nicht außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet 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“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, 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, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.15 multiplizierten Referenz-Fallwertes und 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, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

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 im Einzelfall oder für die Arztgruppen insgesamt das Budget nach 3.5.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

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

- 4.1.1** Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1.6 erfolgte die Ermittlung der Abstufungsquote 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.
- 4.1.2** Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.1 erfolgt die Bestimmung der Abstufungsquote Q des 3. Quartals 2012 ohne die gesonderte Berücksichtigung der Gebührenordnungsposition 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.
- 4.1.3** Abweichend von der Regelung in Ziffer 1.2 erfolgt die Bekanntmachung der Abstufungsquote Q des 3. Quartals 2012 in einem Rundschreiben am 27. April 2012.

Teil F

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars
gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
mit Wirkung zum 1. Juli 2012⁸**

Gemäß §§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 2 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V ab dem 1. Januar 2009 den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen.

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (nach GKV-VStG) folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für bereinigungsrelevante selektivvertragliche Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vorwegabzüge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.

8

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

7. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars betrifft nur Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Bei einer nachgewiesenen Auswirkung auf die (verbleibende) Morbidität im Kollektivvertrag darf auch eine Bereinigung von maximal 2,5 v. H. des (zu erwartenden) Honorars von Ärzten, Praxen und Arztgruppen vorgenommen werden, welche nicht am Selektivvertrag teilnehmen.
8. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die einer Kapazitätsgrenze unterliegen wird abweichend von den vorherigen Regelungen wie folgt bereinigt.

1. Zunächst wird das Vergütungsvolumen für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von den in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen sowie ggf. das arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen entsprechend der Höhe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
2. Um die Auswirkung der quartalsbezogenen Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von maximal 2,5 Prozentpunkte zu gewährleisten, darf die Veränderung der Auszahlungsquote für die sonstigen psychotherapeutischen Leistungen (nicht antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) diesen Wert nicht überschreiten.
3. Sofern eine Überschreitung bei der Veränderung der Auszahlungsquote der sonstigen psychotherapeutischen Leistungen von 2,5 Prozentpunkte erfolgt, ist das Überschreitungsvolumen ausschließlich von den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten durch Absenkung derer Auszahlungsquote für alle psychotherapeutischen Leistungen zu tragen.
4. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

[Lesefassung]

Anhang zu Teil B

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

Kassenärztlichen Vereinigungen

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

**geändert durch Beschlüsse des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung vom 27. April 2012, 12. Juni 2012 und 21. November 2012**

mit Wirkung zum 1. Juli 2012⁹ bis zum 30. Juni 2013

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.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal. In Schritt 18.) ist die Entwicklung der Versichertenanzahl im Abrechnungsquartal gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 zu berücksichtigen.

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.

(= MGV²⁰⁰⁹)

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.

(= TVG¹²⁰⁰⁹)

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.

(= TVG²²⁰⁰⁹)

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.

(= TVG³²⁰⁰⁹)

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.

(= TVG⁴²⁰⁰⁹)

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

$Trennung_{VG} = MGV^{2009} - TVG^{12009} - TVG^{22009} - TVG^{32009} - TVG^{42009}$

[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^{HÄ2009})

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.

(= LAB2007)

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.

(= LAB2009)

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.

$$LAB^{HÄ2007} = VG(\text{Kosten Kap.32})_{HÄ}^{2007} + VG(\text{GOP 32001})_{HÄ}^{2007}$$

[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.

$$TVG^{2HÄ2009} = LAB^{HÄ2007} / LAB^{2007} \times LAB^{2009} - LFKZ_{HÄ}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $LFKZ_{HÄ}^{2009}$ 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:

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{2009} = LAB_{H\ddot{A}}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{H\ddot{A}}^{2009}$$

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.)

$$TVG^{32009} \text{ je Arzt} = TVG^{32009} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[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.

$$TVG^{3H\ddot{A}2009} = TVG^{32009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

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

$$Trennung_{VGH\ddot{A}} = MG_{H\ddot{A}}^{2009} - TVG^{2H\ddot{A}2009} - TVG^{3H\ddot{A}2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$TF = Trennung_{VGH\ddot{A}} / Trennung_{VG}$$

[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.

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

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.

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

[Formel 8]

Schritt 18.) 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 2008¹⁰ 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

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.

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.

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

$TVG^{2\text{Quartal}} = (\text{angepasster}) \text{Brutto-LB}_{\text{ARZTRG87c4, Q2008}} (\text{Labor}) \times \text{HVV-Quote}(\text{Labor})$

$\times j=2009\text{Quartal} VR_j \times \text{reg. PW}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}}$

[Formel 9]

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

$$VüV_{KV}^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{HÄ}^{\text{Quartal}} = VüV_{KV}^{\text{Quartal}} \times TF + TVG_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{FÄ}^{\text{Quartal}} = VüV_{KV}^{\text{Quartal}} - VV_{HÄ}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (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

$$MVG_{1HÄ}^{VJQ} = MGV^{KVVJQ} \times VR$$

[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.

$$TVG^{2HÄVJQ} = VG_{VJQ}^{HÄ}(\text{Labor}) \times VR$$

[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

$$TVG^{3HÄVJQ} = VG_{VJQ}^{NFD} \times VR$$

[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.)

$$VV_{HÄ}^{VJQ} = MVG_{1HÄ}^{VJQ} - TVG^{2HÄVJQ} - TVG^{3HÄVJQ} + TVG^{4Quartal} \times 0,15$$

[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:

$$\begin{aligned}
 KVV_{HÄ}^{Quartal} &= VV_{HÄ}^{Quartal} && \text{falls } 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ} \\
 &&& \leq VV_{HÄ}^{Quartal} \\
 &&& \leq 1,05 \times VV_{HÄ}^{VJQ} \\
 KVV_{HÄ}^{Quartal} &= 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ} && \text{falls } VV_{HÄ}^{Quartal} \\
 &&& < 0,95 \times VV_{HÄ}^{VJQ}
 \end{aligned}$$

$$KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{\text{VJQ}}$$

$$\text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{\text{VJQ}}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

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

[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.