

Lesefassung
(Stand 6. September 2014)

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**

mit Wirkung ab 1. Oktober 2014

bzw. ab 1. Januar 2014 und 1. Juli 2014¹

¹ im Rahmen des Antragsverfahrens nach § 15 HVM mit Wirkung ab dem Antragsquartal III/2013

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	2
Präambel	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)	4
§ 3 Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)	4
§ 4 Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)	5
§ 5 Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	5
§ 6 unbesetzt	6
§ 7 Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen	6
§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen	6
§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen	10
§ 10 Regelungen für Kooperationsformen	15
§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Übernahme einer Praxis	15
§ 12 Antragsverfahren	16
§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	17
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	17
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	18
§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppen- kontingente bei Selektivverträgen	18
§ 17 Inkrafttreten	19
Anlage 1 - § 4 Abs. (3) "Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)"	20
Anlage 2 - Abkürzungen	21
Anlage 3 - Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)	22

Präambel

- (1) Für die Honorarverteilung ab dem 1. Oktober 2013 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 oder 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 KVT wird die Honorarverteilung in den jeweiligen Fachgruppen nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse quartalsweise analysieren. 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. Darüber hinausgehende vertragliche Bestimmungen zur MGV mit den Krankenkassen sind zu beachten. 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 Richtlinien der KBV nach § 75 Abs. 7 a SGB V (Fremdkassenzahlungsausgleich).
- (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.

- (5) Für die Honorarverteilung gelten die Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V.

§ 2

Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)

- (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 (mit Ausnahme von Leistungen im Notfall).

§ 3

Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)

- (1) Von der zutreffenden kassenübergreifenden MGV werden entsprechend der KBV-Vorgaben gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V, Teil B, Grundbeträge je Versicherten sowie bedarfsabhängige Vorwegabzüge gebildet, die wie folgt definiert sind:
 1. Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bedarfsabhängig aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
 2. Grundbeträge sind je Versicherten zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
 3. Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.
- (2) Gemäß den KBV-Vorgaben, Teil B, sind folgende Grundbeträge zu bestimmen:
 1. Grundbetrag Labor
 2. Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst
 3. Hausärztlicher Grundbetrag
 4. Fachärztlicher Grundbetrag
 5. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag

genetisches Labor
6. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag
Pauschale fachärztliche Grundversorgung

- (3) Das für die Verteilung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen aus den Grundbeträgen gemäß Abs. (2), Punkt 1 bis 4 ergibt sich aus der Multiplikation der jeweiligen Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs der MGV berücksichtigt werden.
- (4) Das für die Verteilung zur Verfügung stehende jeweilige Vergütungsvolumen für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge gemäß Abs. (2), Punkte 5 und 6 wird auf der Grundlage der jeweils gültigen KBV-Vorgaben ermittelt, Teil G – genetisches Labor – und Teil H – Pauschalen für fachärztliche Grundversorgung „PFG“.
- (5) Der ab dem 1. Januar 2014 gesamtvertraglich vereinbarte Anteil in Höhe von 0,54 % der MGV für Punktwertzuschläge bei Fachärzten wird dem Vergütungsvolumen des Grundbetrages gemäß Abs. (2) Punkt 6. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag Pauschale fachärztliche Grundversorgung "PFG" zugeführt.²

§ 4

Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)

- (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 § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.
- (2) 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. (1) erfolgt ggf. eine Anpassung der Pauschalen.

- (3) 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.
- (4) Im Falle eines Unterschusses des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) erfolgt eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11. Bei Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrages nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1.

§ 5

Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

- (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, Einrich-

² gilt ab 1. Januar 2014

- tungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM),
- der wirtschaftlichen 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 und
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

wird gemäß § 3 Abs. (3) ein Vergütungsvolumen gebildet.

- (2) Die Vergütung der Leistungen/Kostenpauschalen erfolgt auf der Basis der jeweils gültigen Vorgaben der KBV (Teil E).
- (3) Im Falle eines Unterschusses des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) unter Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs erfolgt eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E Nr. 3.5 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B Schritt 15 auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Bei Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1.

§ 6 (unbesetzt)

§ 7

Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

- (1) Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach Abs. (3) nicht anzupassen.
- (2) Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, Leistungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte) abzurechnen, erhalten die Vergütung für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen.
- (3) Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte) genannten Leistungen abzurechnen und den Versorgungsbereich wechseln, sind die Vergütungen basiswirksam für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen - soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen gezahlt werden - quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im hausärztlichen Vergütungsvolumen zu bereinigen und dem fachärztlichen Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.

§ 8

Hausärztliches Vergütungsvolumen

- (1) Das hausärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der jeweils gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, ermittelt.
- (2) Für Über- und Unterschüsse der Vergütungsvolumina der Grundbeträge ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).
- (3) Von diesem verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Abs. (1) und (2) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

- a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM 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:

1. chronische Wunden, kleinchirurgischer Eingriff nach den GOP 02300, 02302 und 02310
2. sonographische Untersuchung GOP 33011, 33012, 33042 und 33043
3. Ergometrie GOP 03321
4. Langzeit-Blutdruckmessung GOP 03324
5. spirographische Untersuchung GOP 03330
6. Chirotherapie GOP 30200, 30201
7. Psychosomatik GOP 35100, 35110

zu berechnender Zuschlag (Strukturpauschale) gewährt.

Zur Finanzierung der Strukturpauschale wird dem Fachgruppenkontingent der Hausärzte 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 verminderten 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 regionalen Punktwert vergütet. Das hieraus resultierende Vergütungsvolumen wird den jeweiligen Fachgruppenkontingenten gemäß Abs. (4) zugeordnet und steht den anspruchsberechtigten Ärzten zur Vergütung dieser Förderung zur Verfügung.

f) Zur Finanzierung der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der palliativmedizinischen sowie sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen für diese Leistungen ergibt sich auf der Basis der von den Krankenkassen für diese Leistungen zur

Verfügung gestellten anteiligen zusätzlichen Honorarvolumen auf der Basis der Beschlüsse des Bewertungsausschuss (288./295. Sitzung des Bewertungsausschusses). Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem hausärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung der Leistungen.

- g) Für die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 und 04040 EBM). Die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale erfolgt mit den Preisen der Eurogebührenordnung.³
- h) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den hausärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal: Hierbei finden ausschließlich die Bestandteile des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welche auf den hausärztlichen Grundbetrag (MGV) entfallen und nicht den Grundbeträgen nach den §§ 4 und 5 zuzuordnen sind (ohne ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor), Beachtung.
- i) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im hausärztlichen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere
- der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen [Abs. (4)],
 - dem Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (§ 15),
 - dem Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge und Rückstellungen für Widerspruchsverfahren etc.,
 - der Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (5) a) genannten Vergütung des 65 %-igen Anteils der individuellen Punktzahl,
 - dem Ausgleich bei der Aufhebung von mengenbegrenzenden Maßnahmen gemäß Abs. (6),
 - der Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen für Kooperationsformen (§ 10),
 - den Antragsverfahren (§ 12).
- j) Vergütung der ambulanten Behandlung von Wachkomapatienten gemäß gesamtvertraglicher Vereinbarung (zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 150 € je Wachkomapatient/Quartal - Abr.-Nr. 99210).

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Vergütungsvolumen wird entsprechend der Zuordnung nach Fachgruppen in Fachgruppenkontingente verteilt.

- (4) Für folgende Fachgruppen werden Fachgruppenkontingente im hausärztlichen Vergütungsvolumen gebildet:

lfd. Nr.	Fachgruppe
1	Hausärzte
2	Kinderärzte

Der Anteil der hausärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Grundlage des prozentualen Anteils der anerkannten Punktzahlanforderungen der entsprechenden Fachgruppen auf der Basis des Vorjahresquartals an der anerkannten hausärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung des Vorjahresquartals, vermindert um die Grundbeträge gemäß §§ 4 und 5 und der in Abs. (3) 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

³ gilt ab 1. Januar 2014

Summe der Fachgruppenkontingente ist ins Verhältnis zum aktuellen Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsvolumens nach Abzug der im Abs. (3) definierten Vorwegabzüge zu setzen und die einzelnen Fachgruppenkontingente entsprechend anzupassen und stehen sodann für die weitere Ermittlung der Auszahlungspunktwerte zur Verfügung.

- (5) 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 dem regionalen Punktwert vergütet,
- 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 individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. Vom 4. Quartal 2013 bis einschließlich 3. Quartal 2014 ist die individuell anerkannte Punktzahl des Vorjahresquartals mit dem Faktor 0,35363 zu multiplizieren und kaufmännisch ohne Nachkommastelle zu runden. Das individuelle Punktzahlvolumen wird bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3).

Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) wird entsprechend dem Tätigkeitsumfang bzw. dem Versorgungsauftrag ermittelt.⁴

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzordnung gemäß Abs. (4) werden die anerkannten individuellen Punktzahlen dieser Ärzte (LANR) im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3) bis (5), addiert und als individuelle Punktzahl für diese Ärzte in der Betriebsstätte (BSNR) zusammengefasst.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und für ihre Tätigkeit im Bereich der KVT 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 KVT tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 % mit dem regionalen Punktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die im Rahmen des Job-Sharings als Job-Sharing-Junior zugelassen oder angestellt sind, bekommen kein individuelles Punktzahlvolumen. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals werden zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

Verzichtet ein zugelassener Arzt auf die Hälfte seiner Zulassung, erhält er den hälftigen Wert seines eigenen individuellen Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals zuerkannt.⁵

4 gilt ab 1. Juli 2014

5 gilt ab 1. Juli 2014

Bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes gemäß Buchstabe b) ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Im Weiteren ist sicherzustellen, dass gemäß Buchstabe a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit dem regionalen Punktwert vergütet wird. Die ggf. hierfür notwendigen Finanzmittel sind aus den Rückstellungen gemäß Abs. (3) i) zur Verfügung zu stellen.

- (6) 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

Fachärztliches Vergütungsvolumen

- (1) Das fachärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der jeweils gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, ermittelt.
- (2) Für Über- und Unterschüsse der Vergütungsvolumina der Grundbeträge ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (4) und § 5 Abs. (3).
- (3) Von dem gemäß Abs. (1) und Abs. (2) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (4) ein Vergütungsvolumen versorgungsbereichsspezifisch für „genetisches Labor“ gebildet und steht für die Vergütung von Leistungen der Humangenetik (GOP 11220, 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) zur Verfügung.

Die GOP 11220 (Zusatzpauschale zu den GOP 11210 - 11212) soll vorab mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Aus den verbleibenden Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11320 - 11322 und Abschnitt 11.4 EBM mit dem regionalen Punktwert vergütet. Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Die Quotierung des regionalen Punktwertes darf die Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

Sollte das zur Verfügung gestellte Vergütungsvolumen für die GOP 11320 - 11322 und Abschnitt 11.4 EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen. Die Höhe des aus den Rückstellungen zuzuführenden Vergütungsvolumens ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb des fachärztlichen Fachgruppenkontingentes garantiert.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

- (4) Von dem unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (3) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (4) ein Vergütungsvolumen für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gebildet und steht für deren Vergütung (Beschluss Bewertungsausschuss/311. Sitzung) zur Verfügung. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Leistungsanforderungen. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ist mindestens mit dem regionalen Punktwert zu vergüten – das hierfür notwendige Vergütungsvolumen ist den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zu entnehmen.

Darüber hinaus wird das zusätzliche Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (5) zur Ermittlung des Punktwertzuschlages für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung "PFG" herangezogen. Der Punktwertzuschlag ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, dividiert durch die Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung "PFG".⁶

6 gilt ab 1. Januar 2014

(5) Von diesem verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (4) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM 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. (7) 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. Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal.

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. Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen 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 Grundbetrag (MGV) entfallen und nicht den Grundbeträgen nach den §§ 4 und 5 zuzuordnen sind (ohne ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor), Beachtung.

e) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im fachärztlichen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere

- ggf. notwendige Rückstellung für die Finanzierung genetisches Labor gemäß Abs. (3),
- der ggf. notwendigen Rückstellung für die Finanzierung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Abs.(4),
- der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit [Abs. (6)] aufnehmen,
- dem Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (§ 15),
- dem Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge und Rückstellungen für Widerspruchsverfahren etc.,
- der Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (7) a) genannten Vergütung des 65 %-igen Anteils der individuellen Punktzahl,
- dem Ausgleich bei der Aufhebung von mengenbegrenzenden Maßnahmen gemäß Abs. (8),
- 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. (2) und Abs. (3) aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen 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 Kostenerstattungen des EBM, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt. Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. 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. (6) 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. (6) 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. (6) zugeordnet sind, des Vorquartals und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, im entsprechenden Vorjahresquartal. Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. 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 - Abr.-Nr. 99210)

Das nach Abzug der Vorwegabzüge verbleibende Vergütungsvolumen wird entsprechend der Zuordnung nach Fachgruppen in Fachgruppenkontingente verteilt.

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

lfd. 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 sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie ⁷

⁷ gilt ab 1. Juli 2014

6	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
7	Fachärzte für Humangenetik
8	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
9	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13300 – 13311)
10	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350)
11	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13400 – 13431)
12	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13500 – 13502)
13	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13550 – 13561)
14	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670 *)
15	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13700 – 13701)
16	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13600 – 13621)
17	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
18	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
19	Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 %, jedoch nicht mehr als 90 % ihrer ärztlichen Leistungen umfassen
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 Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin

**) Der angeforderte Leistungsbedarf der Gebührenordnungsposition 30901 wird mit 85 % mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der Regelung gemäß Abs. (7) vergütet.*

Der Anteil der fachärztlichen Fachgruppenkontingente an der aktuellen Quartalsgesamtvergütung wird auf der Basis des prozentualen Anteils der anerkannten Punktzahlanforderungen der entsprechenden Fachgruppen auf der Basis des Vorjahresquartals an der anerkannten fachärztlichen Gesamtpunktzahlanforderung des Vorjahresquartals, vermindert um die Grundbeträge gemäß §§ 4 und 5 und der in den Absätzen (3) bis (5) 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 Vergütungsvolumen nach Abzug der in den §§ 4 und 5 und in den Absätzen (3) bis (5) definierten Kosten und Vergütungen zu setzen und die einzelnen Fachgruppenkontingente entsprechend anzupassen und stehen sodann für die weitere Ermittlung der Auszahlungspunktwerte zur Verfügung.

- (7) 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 dem regionalen Punktwert vergütet,
- 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 individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. Vom 4. Quartal 2013 bis einschließlich 3. Quartal 2014 ist die individuell anerkannte Punktzahl des Vorjahresabrechnungsquartals mit dem Faktor 0,35363 zu multiplizieren und kaufmännisch ohne Nachkommastelle zu runden. Das individuelle Punktzahlvolumen wird bereinigt um die Leistungen gemäß Absätze (3) bis (5).

Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) wird entsprechend dem Tätigkeitsumfang bzw. dem Versorgungsauftrag ermittelt.⁸

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzuordnung gemäß Abs. (6) werden die anerkannten individuellen Punktzahlen dieser Ärzte (LANR) im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3) bis (5), addiert und als individuelle Punktzahl für diese Ärzte in der Betriebsstätte (BSNR) zusammengefasst.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und für ihre Tätigkeit im Bereich der KVT 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 KVT tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 % mit dem regionalen Punktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die im Rahmen des Job-Sharings als Job-Sharing-Junior zugelassen oder angestellt sind, bekommen kein individuelles Punktzahlvolumen. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals werden zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

8 gilt ab 1. Juli 2014

Verzichtet ein zugelassener Arzt auf die Hälfte seiner Zulassung, erhält er den hälftigen Wert seines eigenen individuellen Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals zuerkannt.⁹

Bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes gemäß Buchstabe b) ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Im Weiteren ist sicherzustellen, dass gemäß Buchstabe a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit dem regionalen Punktwert vergütet wird. Die ggf. hierfür notwendigen Finanzmittel sind aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) e) zur Verfügung zu stellen.

- (8) 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) und Abs. (3) angepasst.
- (2) Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte von 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 der haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumina 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 Regelungen gelten entsprechend für die Aufnahme der Praxistätigkeit mit einem halben Versorgungsauftrag mit der Maßgabe, dass die Höhe der individuellen Punktzahl je Arzt dabei auf die hälftigen durchschnittlichen Punktzahlen der Fachgruppe oder die hälftigen Punktzahlen von Praxen gleicher Versorgungsstruktur des entsprechenden Vorjahresquartals begrenzt ist.¹⁰

Die Vergütung der nach den Sätzen 1 bis 3¹¹ ermittelten individuellen Punktzahlen je Arzt erfolgt entsprechend den Regelungen der §§ 8 Abs. (5) und 9 Abs. (7). Nach Ablauf von 12 Quartalen erfolgt die Berechnung und Vergütung der individuellen Punktzahlen nach den allgemein gültigen Regelungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

9 gilt ab 1. Juli 2014

10 gilt ab 1. Juli 2014

11 gilt ab 1. Juli 2014

- (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.

Satz 1 gilt entsprechend bei Aufnahme der Praxistätigkeit mit einem halben Versorgungsauftrag, wenn die eigenen individuellen Punktzahlen die hälftigen durchschnittlichen Punktzahlen der Fachgruppe oder die hälftigen Punktzahlen von Praxen gleicher Versorgungsstruktur des entsprechenden Vorjahresquartals übersteigt.¹²

- (3) In allen Fällen der Übernahme eines Praxissitzes wird dem Praxisübernehmer von Amts wegen das individuelle Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers übertragen.

In allen Fällen der Übernahme des hälftigen Praxissitzes wird dem Praxisübernehmer das hälftige individuelle Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers übertragen. Die nachfolgenden Sätze gelten entsprechend.¹³

Soweit nach zwei Quartalen das entsprechende individuelle Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers um mehr als 20 % unterschritten wird, gelten in den nachfolgenden Quartalen seine eigenen Werte des abzurechnenden Quartals zur Ermittlung des individuellen Punktzahlvolumens. Liegt das individuelle Punktzahlvolumen des Praxisvorgängers unter dem durchschnittlichen Punktzahlvolumen der Fachgruppe oder dem Punktzahlvolumen 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 sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen 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, Praxis-schließung eines Fachkollegen oder Wegfall einer Ermächtigung - im Planungsbereich zu überbrücken,
 - beim Antragsteller nach dem 1. Juli 2012 wesentliche Veränderungen des Leistungsspektrums, wie z. B. durch Erwerb zusätzlicher Qualifikationen, Statuswechsel etc., eingetreten sind,
 - bei Neuniederlassungen in Fachgebieten mit weniger als fünf niedergelassenen Vertragsärzten bzw. mit Subspezialisierung mit weniger als zehn vergleichbaren Vertragsärzten kein repräsentativer Fachgruppendurchschnitt zugrunde gelegt werden kann,
 - eine Sonderbedarfszulassung nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie 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.

¹² gilt ab 1. Juli 2014

¹³ gilt ab 1. Juli 2014

§ 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 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. (5) b) 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 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**

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.
- (2) Die Feststellung, ob im Einzelfall ein überproportionaler Honorarverlust gemäß Abs. (3) 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, durch den Wegfall der Aussetzung von mengenbegrenzenden Maßnahmen nach § 87 b Abs. 3 SGB V 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 sowie Wegepauschalen gemäß Anlage 3 Honorarvertrag.

Im Rahmen des Vergleichs zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Vorjahresvergleichsquartal werden Zahlungen im Rahmen des Ausgleichs von überproportionalen Honorarverlusten sowie Honorarstützungen berücksichtigt.¹⁴

- (6) Über das Verfahren der Prüfung der Anträge auf Ausgleichszahlung wegen eines überproportionalen Honorarverlustes entscheidet der Vorstand.
- (7) 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 individuellen Punktzahlvolumens oder des Fachgruppenkontingentes der Arztgruppe verbindlich und kassenartenübergreifend regelt. Der Vorstand wird ermächtigt, entsprechende Grundsätze zur Durchführung der Bereinigung zu beschließen.

¹⁴ Inkrafttreten ab dem Antragsquartal III/2013

§ 17 Inkrafttreten

Der Honorarverteilungsmaßstab in der vorliegenden Fassung, beschlossen in der Vertreterversammlung am 07.09.2013, tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft und ist erstmals auf die Abrechnung ab dem 4. Quartal 2013 anzuwenden. Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten entsprechend der jeweiligen Beschlussfassung der Vertreterversammlung in Kraft.

Anlagen

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | § 4 Abs. (2) - Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst) |
| Anlage 2 | Abkürzungen |
| Anlage 3 | Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) |

Anlage 1
zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT

**§ 4 Abs. (2) - Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
(organisierter Notdienst)**

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
IPV	Individuelles Punktzahlvolumen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVT	Kassenärztliche 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 Honorarverteilungsmaßstab der KVT
Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB (GKV-VStG)

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 25. Juni 2013)
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
(Stand: Neufassung durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 11. März 2014 und Anpassung am 1. August 2014)
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 21. November 2012)
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
(Stand: Beschluss des Vorstandes der KBV am 15. Dezember 2011)
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 25. Juni 2012)
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 25. Juni 2013)
- Teil G** Vorgaben zur Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
(Stand: Aufnahme durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 11. März 2014 und Anpassung am 21. Oktober 2014)
- Teil H** Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
*(Stand: Aufnahme durch Beschluss des Vorstandes der KBV am 11. März 2014)**

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

Lesefassung gültig ab 1. Oktober 2013 (Neufassung)
der

Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- Teil A** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- Teil B** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
- Teil E** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
- Teil F** Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
- Teil G** Vorgaben zur Vergütung technischer Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
- Teil H** Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)

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
 - den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG),
 - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - den Vorgaben in Teil B bis H, 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:

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, 2.2, 2.3, 2., 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹
und angepasst am 1. August 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2014

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

1.1 Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.

1.2 Grundbeträge je Versicherten zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind **je Versicherten verpflichtend** im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte und Grundbeträge

2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG₃ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV_{HÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G, wobei die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen sind, und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

2.2.1 Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

„Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsraten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckungsvolumen¹ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug

³ Das Ausdeckungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abzuziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

„Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

2.2.2 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

2.2.3 Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von den Steigerungen nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.

2.2.4 Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 ergeben haben.

2.3 Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Teil G bzw. Teil H gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

- 3.1** Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztliche Grundbetrags des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 ist diese Fortschreibung nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.4** Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „genetisches Labor“ wird dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

3.5 Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung⁴ ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

3.6 Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumen im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.

3.7 In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß Nr. 8 für die im Vorjahresquartal bestimmten Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge dem jeweiligen Grundbetrag zugeführt oder entnommen.

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren 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 für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

5.1 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 Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.

5.2 Für 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 basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

Ausgleich von Unter- und Überschüssen

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

7.1 Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum ab 1. Oktober 2014)

8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

9. Überprüfung der Umsetzung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

Anmerkungen:

- 1. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

Teil 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.

Teil D

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 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.

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 2013

Die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Im Rahmen der Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung ist unter anderem ein Grundbetrag je Versicherten für die Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin (Grundbetrag „Labor“) vorgesehen. Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Vergütung von Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Folgenden Regelungen vor.

1. Bundeseinheitliche Vorgaben

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

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

- 1.1.1** Bei der Bereitstellung des Vergütungsvolumens wird in den Quartalen 4/2013 und 3/2014 wie folgt verfahren: Ermittlung der Summe der gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG2 gemäß Schritt 18.) über alle Kassenärztlichen 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.

Ab dem Quartal 4/2014 gilt für die Bereitstellung des Vergütungsvolumens Folgendes: In den Quartalen 4/2014 bis 3/2015 erfolgt die Ermittlung des Vergütungsvolumens auf Basis der Summe der für das jeweilige Vorjahresquartal gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ über alle Kassenärztlichen Vereinigungen. Ab dem Quartal 4/2015 wird die Summe der gemäß Teil B, Nr. 8 gebildeten Vergütungsvolumina für den Grundbetrag „Labor“ aller Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt.

1.1.2 Vom Vergütungsvolumen gemäß 1.1.1 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 1,4458. 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.

1.1.3 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.

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

1.1.5 Auf Basis von Halbjahreswerten wird entsprechend der Rechensystematik gemäß 1.1.1 bis 1.1.4 eine Abstaffelungsquote für das jeweilige Halbjahr ermittelt.

1.1.6 Die für die Berechnung gemäß 1.1.5 benötigten Werte gemäß 1.1.1, 1.1.2 und 1.1.3 werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Abrechnungshalbjahr jeweils am 15. Arbeitstag des 2. Monats vor Halbjahresbeginn 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 jedoch mindestens in Höhe von 0,9158 für die beiden Abrechnungsquartale 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 und
- der Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM

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

- 2.1** Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nrn. 2.1 bis 4. zugrunde gelegt. Ab dem 4. Quartal 2014 wird das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B, Nr. 8 verwendet.

(=VG₁)

- 2.2** Dem gemäß 2.1 gebildeten Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „Labor“ wird der voraussichtliche Saldo des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ-Saldo) für die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 EBM sowie Leistungen und Kostenpauschalen des Kapitels 32 EBM hinzugefügt, um das für bereichseigene Ärzte zur Verfügung stehende Finanzvolumen zu bestimmen.

$VG_2 = VG_1 + LFKZ_{\text{voraussichtlich}}$

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 VG₂ gemäß 2.2 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 1,4458 aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen VG₂ gemäß 2.2 vergütet.

3.3 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 VG_2 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. 3.4 mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 aus dem Vergütungsvolumen VG_2 gemäß 2.2 vergütet. Für Abschnitt 32.2 ist die Regelung für Laborgemeinschaften in Ziffer 1 Satz 2 zum Abschnitt 32.2 EBM zu berücksichtigen.

3.4 Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“

3.4.1 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. 3.3 zu vergüten.

3.4.2 Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen, mit der bundeseinheitlichen Abstufungsquote Q gemäß 1.1.5 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 3.4.2

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

Die Kassenärztliche Vereinigung kann für jede der genannten Arztgruppen einen KV-spezifischen Referenzfallwertes festsetzen, maximal jedoch in Höhe des für die jeweilige Arztgruppe genannten Wertes.

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.

3.4.4 Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in 3.4.3 genannten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe nach 3.4.3 zuordnen und eine entsprechende Budgetierung nach 3.4.1 durchführen.

3.4.5 Die Regelungen nach 3.4.1 bis 3.4.3 sind für alle Nicht-Laborärzte verbindlich anzuwenden, es sei denn, betroffene Ärzte weisen der Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass sie die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllen. In diesem Fall kann die Kassenärztliche Vereinigung das Budget nach 3.4.2 erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen⁵

3.5 Finanzierung der Leistungen

Im Falle eines Unter- oder Überschusses des Vergütungsvolumens VG₂ durch die Vergütungen nach 3.1 bis 3.4 ist die Regelung nach Teil B, Nr. 7.1 anzuwenden.

Anmerkung:

Der Mindestpunktwert für die Abstufungsquote in Höhe von 0,9158 gemäß Nr. 1.2 entspricht der zum Zeitpunkt des Beschlusses zur Anpassung des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuletzt bekanntgegebenen Quote für das zweite Halbjahr 2013. Bis zum 30. September 2015 ist in Zusammenhang mit der Prüfung des Grundbetrages „Labor“ gemäß KBV-Vorgabe, Teil B auch die Mindestquote zu überprüfen.

⁵ Sofern die Änderung von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 berücksichtigt werden kann, ist die Regelung Nr. 3.4.5 spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2014 umzusetzen.

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

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 Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
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.

- a. Zunächst werden die für eine betroffene Arztgruppe zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend der Höhe der auf die psychotherapeutischen Leistungen entfallenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung reduziert.
 - b. 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.
 - c. 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.
 - d. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013⁶

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM), erfolgt – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten sind – wie folgt: Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ (aus Finanzmitteln des fachärztlichen Versorgungsbereichs), aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

1. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)

1.1 Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ werden im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

1.1.1 die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und

⁶ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

- 1.1.2 der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

- 1.2 Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.
- 1.3 Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.
- 1.4 Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

2. Regelhafte Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)

- 2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Anmerkung:

Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.

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

mit Wirkung zum 3. Quartal 2014

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

In Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden folgende Änderung vorgenommen:

1. Ergänzung des Gültigkeitszeitraums um

„sowie angepasst am 21. Oktober 2014 mit Wirkung zum 3. Quartal 2014“

mit folgendem Fußnotentext

„² Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Juli 2014 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.“

2. Anfügung eines letzten Absatzes in Ziffer 1.1 „Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)“:

„Abweichend davon ist bei der Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „genetisches Labor“ des 3. Quartals 2014 als Ausgangswert für das 3. Quartal 2015 eine Trendfortschreibung der zugrunde zu legenden Kennzahlen Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung vorzunehmen. Dazu werden die Werte der beiden Kennzahlen des 2. Quartals 2012 jeweils mit einem Faktor, der die Veränderungen der jeweiligen Kennzahl für die Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2012 gegenüber der Summe der Quartale 1, 2 und 4 des Jahres 2013 abbildet, multipliziert. Die so bestimmten Werte für Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung sind in der Berechnung gemäß Satz 1 zu verwenden.“

Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013⁷

1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

1.1 Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung⁸ verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalsweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung⁹. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete

⁷ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

⁹ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung 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.

Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs ($VV_{FÄ}$ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1, 2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen in Teil B, 2.2.1 und Teil B, 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6 Für das 1. bis 3. Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“ (ab 1. Oktober 2014)

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für

den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.

- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.
- 2.4 Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

3. Korrektur des Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.