

**Lesefassung**  
(Stand 11. März 2015)

**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. April 2015**

bzw. ab 1. Januar 2014, 1. Juli 2014<sup>1</sup>, 1. Oktober 2014 und 1. Januar 2015

---

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

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
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	16
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	17
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	17
§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppen- kontingente bei Selektivverträgen und bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	18
§ 17 Inkrafttreten	18
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 wird gemäß § 105 Abs. 1a SGB V 0,1 % für den Strukturfonds in Abzug gebracht. Im Weiteren werden entsprechend den 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 B (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 B – genetisches Labor und 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.<sup>2</sup>

#### **§ 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

---

<sup>2</sup> gilt ab 1. Januar 2014

- Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, 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. spiographische 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) 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.

- f) 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.<sup>3</sup>
- g) 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.
- h) 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).

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 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,

<sup>3</sup> gilt ab 1. Januar 2014



- b) über 65 % mit einem floatenden individuellen Punktwert vergütet, der sich gemäß nachstehender Berechnungsformel ergibt:

Formel Punktwert b):

$$(GV\ FG - [LB\ VjQFG \times 0,65 \times \text{fester PW}]) \times (LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,35)$$

$$\frac{(LB\ VjQFG - [LB\ VjQFG \times 0,65]) \times (LB\ \text{aktuell indiv.} - [LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,65])}{(LB\ VjQFG - [LB\ VjQFG \times 0,65]) \times (LB\ \text{aktuell indiv.} - [LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,65])}$$

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.<sup>4</sup>

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzuordnung 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.<sup>5</sup>

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.

<sup>4</sup> gilt ab 1. Juli 2014

<sup>5</sup> gilt ab 1. Juli 2014

## § 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".<sup>6</sup>

- (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.

---

6 gilt ab 1. Januar 2014

- 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 Empfängerregelung, 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.

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

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

<b>Ifd. Nr.</b>	<b>Fachgruppe</b>
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 Päd- audiologie <sup>7</sup>
6	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
7	Fachärzte für Humangenetik
8	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungs- bereich 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 (Ge- nehmigung zur Abrechnung der GOP 13350)
11	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Ge- nehmigung 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

<sup>7</sup> gilt ab 1. Juli 2014

	(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 Vergleichsquartals (Vorjahresquartal) mit dem regionalen Punktwert vergütet,
- b) über 65 % mit einem floatenden individuellen Punktwert vergütet, der sich gemäß nachstehender Berechnungsformel ergibt:

Formel Punktwert b):

$$(GV\ FG - [LB\ VjQFG \times 0,65 \times \text{fester PW}]) \times (LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,35)$$
$$\frac{(LB\ VjQFG - [LB\ VjQFG \times 0,65]) \times (LB\ \text{aktuell indiv.} - [LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,65])}{(LB\ VjQFG - [LB\ VjQFG \times 0,65]) \times (LB\ \text{aktuell indiv.} - [LB\ \text{indiv.VjQ} \times 0,65])}$$

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.<sup>8</sup>

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.

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

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.

---

8 gilt ab 1. Juli 2014

9 gilt ab 1. Juli 2014

## **§ 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.<sup>10</sup>

Die Vergütung der nach den Sätzen 1 bis 3<sup>11</sup> 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.

- (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.<sup>12</sup>

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

---

10 gilt ab 1. Juli 2014

11 gilt ab 1. Juli 2014

12 gilt ab 1. Juli 2014

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

- (4) 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 Fachgruppenn Durchschnitt 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.

## **§ 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.

---

<sup>13</sup> gilt ab 1. Juli 2014



- (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.<sup>14</sup>

- (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 und bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung**

- (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 sowie an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV gemäß § 116 b SGB V), 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.

## **§ 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.

---

<sup>14</sup> Inkrafttreten ab dem Antragsquartal III/2013

## 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 25.06.2013)*
- 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, Anpassung am 1. August 2014 und Beschluss am 10. Dezember 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 und am 10. Dezember 2014)*
- 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)*

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