

**Lesefassung**  
**(Stand 28. Februar 2018)**

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

**gemäß § 87b SGB V**

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

**mit Wirkung ab 1. Januar 2018**

## 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) sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	5
§ 5 Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	6
§ 6 unbesetzt	6
§ 7 Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen	6
§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen	7
§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen	10
§ 10 Regelungen für Kooperationsformen	15
§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Übernahme einer Praxis/Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V	16
§ 12 Antragsverfahren	16
§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	17
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	18
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	18
§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen und bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	19
§ 17 Honorarbescheid	19
§ 18 Inkrafttreten	20
Anlage 1 - § 4 Abs. (3) "Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)"	21
Anlage 2 - Abkürzungen	22
Anlage 3 - Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)	23

## **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, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137 f - g SGB V und Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140 a SGB V) in Anspruch genommen werden. Diese richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen.<sup>1</sup>
- (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.

---

<sup>1</sup> § 1 Abs. (3): Wegfall der §§ 73a und 73c SGB V/Aufnahme des § 140a SGB V im Rahmen des GKV-VSG

## **§ 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) Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt gem. § 87b Abs. (1) Satz 3 SGB V aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im HVM keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.

Dieses Volumen wird gebildet aus:

- a) dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Volumen ärztlicher Bereitschaftsdienst –
- b) dem Vergütungsvolumen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes, welches sich durch die Ermittlung durch das Vorjahresvergütungsvolumen unter Beachtung der zutreffenden Versichertenentwicklung und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate gesteigerten MGV-Anteils (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen des EBMs, für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der Zeiten des organisierten Notdienstes ergibt.

Das Vergütungsvolumen gemäß b) ist dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (2) Pkt. 4 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) – Fachärztliches Vergütungsvolumen – zu entnehmen.

- (5) 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“.
- (6) 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.
- (7) Die KV Thüringen stellt sicher, dass die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.

#### **§ 4**

#### **Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst) sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser**

- (1) Leistungen des organisierten Notdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (4) 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.
- (3) Die Abrechnung von Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt auf der Basis des EBM. Die Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert vergütet. Krankenhäuser, die mit der KV Thüringen eine Kooperationsvereinbarung zum Betrieb einer Portalpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V in Verbindung mit dem Dreiseitigen Vertrag nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgeschlossen haben, erhalten für die Vergütung ihrer Leistungen in der Notfallversorgung einen Pauschalbetrag. Die Pauschale wird auf der Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung gezahlt.
- (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 Zahlung 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, 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 Kostenerstattung des Kap. 32 (ohne GOPen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) 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 des Vergütungsvolumens gemäß § 4 Abs. (1) (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung) sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (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 sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM-Abschnitte 3.2.4 und 4.2.4 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 Bewertungsausschusses (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) Zur Finanzierung des problemorientierten ärztlichen Gesprächs, gemäß EBM GOPen 03230 und 04230 wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen wird wie folgt berechnet: Das Punktzahlvolumen für diese Leistungen beträgt gemäß Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 EBM 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 9 bzw. Nr. 10 der entsprechenden Präambel des aktuellen Abrechnungsquartals.

Dieses Punktzahlvolumen wird mit dem Orientierungspunktwert bewertet und ergibt das Vergütungsvolumen für diese Leistungen. Die GOPen 03230 und 04230 EBM werden unter Anwendung der Begrenzung im EBM gem. Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 aus diesem Volumen vergütet.

- 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.
- h) Zur Finanzierung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOPen 03060 bis 03065 EBM wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen ergibt sich auf der Basis der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 Teil A, Abschnitt II. Für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOPen 03060 bis 03065 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2018 der Behandlungsbedarf für den KV-Bezirk Thüringen erhöht. Die Erhöhung entspricht (unter Berücksichtigung des Orientierungspunktwertes) einem Betrag in Höhe von 809.461 Euro je Quartal. Dieser Betrag stellt das Vergütungsvolumen für die Vergütung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen dar und wird unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate ab dem I. Quartal 2019 zukünftig weiterentwickelt. Die Vergütung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOPen 03060 bis 03065 EBM erfolgt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.



Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem hausärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens wird die Differenz den Rückstellungen gemäß § 8 Abs. 3 j) entnommen.

- i) 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.
- j) 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),
  - der Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (3) h) genannten Vergütung.

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

Formel Punktwert b):

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

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

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.

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.

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, sowie § 3 Abs. (4), ermittelt.
- (2) Für Über- und Unterschüsse des Vergütungsvolumens gemäß § 4 Abs. (1) (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung) sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (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 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 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 durchschnittlichen niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) d) 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. (5) 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) d) zu entnehmen.

Darüber hinaus wird das zusätzliche Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (6) 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“.

- (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) 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.
- d) 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).
- e) 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.
- f) 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 Ärzte von Fachgruppen, die nicht in Abs. (6) aufgeführt sind, mittels eines Anpassungsfaktors zu berücksichtigen. Diese 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. Von diesem Vergütungsvolumen werden zunächst die Leistungen der Krankenhäuser für die Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V mit dem regionalen Punktwert vergütet. Ein Vergütungsanspruch für diese Leistungen besteht, wenn kein Termin für einen Versicherten im entsprechenden Fristrahmen des § 75 Abs. 1a SGB V gefunden und die Behandlung und Folgebehandlung im Krankenhaus auf Vermittlung der Terminservicestelle ersatzweise vorgenommen wurde. Das dann noch zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen wird für die Vergütung der Leistungen der ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, herangezogen, wobei die Leistungen mit der durchschnittlichen Auszahlungsquote für die Fachgruppenkontingente gemäß Abs. (7) zu vergüten sind.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz den Rückstellungen gem. § 9 Abs. (5) d) zuzuführen und bei Bedarf zur Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (7) a) genannten Vergütung des 65 %-igen Anteils der individuellen Punktzahl und zur Sicherstellung des gemäß Abs. (7) b) des Mindestpunktwertes von 0,1 Ct zu verwenden. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine darüberhinausgehende Quotierung.

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>lfd. 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
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 (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13550 – 13561)
14	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lun- genärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP's 13650 – 13670 *)
15	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Ge- nehmigung 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, Fachärz- te für Psychiatrie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und psychotherapeu- tisch 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 ge- mäß 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
28	Fachärzte für Pathologie

\*) 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):

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


---


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

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.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingentzuordnung 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.

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) d) zur Verfügung zu stellen.

Es wird die durchschnittliche Auszahlungsquote für jedes einzelne Fachgruppenkontingent ermittelt, indem das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen zzgl. des ggf. notwendigen Finanzvolumens zur Sicherstellung des Mindestpunktwertes von 0,1 Eurocent gemäß Buchstabe b) dem anerkannten Leistungsbedarf für das individuelle Punktzahlvolumen gegenübergestellt wird. Gleichlautend wird insgesamt für alle Fachgruppenkontingente eine durchschnittliche Auszahlungsquote ermittelt.

- (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. Hierbei gilt die aktuelle Zusammensetzung der Kooperationsform im Abrechnungsquartal.
- (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/Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V**

- (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.

Die Vergütung der nach den Sätzen 1 bis 3 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.

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

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

- (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.

- (5) In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V kann der weiterbildende Arzt einen Antrag auf Erweiterung seines individuellen Punktzahlvolumens beim Vorstand stellen. Der Vorstand kann im Einzelfall auf Antrag des weiterbildenden Arztes eine entsprechende Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens genehmigen. Die Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens soll dem von der Praxis zu zahlenden Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V Rechnung tragen.<sup>2</sup>

## **§ 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.

---

<sup>2</sup> Die Regelung im § 11 (5) tritt mit Inkrafttreten der Bundesvereinbarung gemäß § 75a Abs. 4 SGB V in Kraft.



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 Leistungsspek-trums, wie z. B. durch Erwerb zusätzlicher Qualifikationen, Statuswechsel etc., eingetreten sind,
  - bei Neuniederlassungen in Fachgebieten mit weniger als fünf niedergelassenen Vertrag-särzten bzw. mit Subspezialisierung mit weniger als zehn vergleichbaren Vertragsärzten kein repräsentativer Fachgruppendurchschnitt zugrunde gelegt werden kann,
  - eine Sonderbedarfzulassung 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 Zulas-sung, 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, durch-schnittlich 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 Teilberufsausübungsgemein-schaften 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 Zuwen-dungszeit, 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.
- (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, 63/64 SGB V und 140a 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.<sup>3</sup>
- (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) Das individuelle Punktzahlvolumen des jeweiligen ASV-Teilnehmers wird indikationsspezifisch um den arztindividuell zuordenbaren Anteil am ermittelten Leistungsbedarf seines individuellen Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals bereinigt. Entscheidend hierfür ist der entsprechende indikationsbezogene „Appendix-Abschnitt1“ des gemäß Richtlinie des GBA über die ASV-Indikation nach § 116 b in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die Summe aller Bereinigungen gemäß Abs. (3) des individuellen Punktzahlvolumens einer Fachgruppe werden von der anerkannten Punktzahlanforderung des Vorjahresquartals bereinigt und stellt somit die Basis für die Ermittlung des prozentualen Anteils zur Ermittlung der fachärztlichen Fachgruppenkontingente gemäß § 9 Abs. (6) HVM dar.
- (5) Die Bereinigung infolge einer ASV-Teilnahme darf gemäß § 116 b Abs. (6) Satz 14 nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von der an der hausärztlichen Vergütung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorargerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.

**§ 17**  
**Honorarbescheid**

- (1) Über die Endabrechnung eines Abrechnungsquartals erhält der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung (im Folgenden Leistungserbringer genannt) einen Honorarbescheid. Dieser kann in papiergebundener Form oder digitalisiert (eHon) versandt werden.
- (2) Voraussetzung für die Übersendung/den Erhalt des eHon ist neben einem KV-SafeNet-Zugang eine wirksame Berechtigung/Vollmachterteilung zur Einsichtnahme und Abholung persönlicher Onlinedokumente bzw. des eHon.

Jede Praxis (auch Einzelpraxen) muss einen Berechtigten/Bevollmächtigten zur Abholung bestimmen. Leistungserbringer können eine natürliche Person mit dem Formular "Berechtigung" selbst berechtigen. In allen anderen Fällen erfolgt eine Bevollmächtigung mit dem Formular "Vollmachterteilung". Die Bevollmächtigung wird quartalsweise erteilt. Unterquartalsweise Bevollmächtigtenwechsel sind nicht möglich. Eine Onlineabholung des eHon ohne Bevollmächtigung ist nicht möglich. Die Benachrichtigung über den abholbereiten eHon erfolgt ausschließlich per E-Mail an den Berechtigten/Bevollmächtigten. Der KV Thüringen muss eine gültige E-Mail-Adresse bekanntgegeben werden. Änderungen oder Wechsel dieser E-Mail-Adresse müssen der KV Thüringen unverzüglich mitgeteilt werden.

---

<sup>3</sup> § 16 (1): Wegfall der §§ 73a und 73c SGB V/Aufnahme des § 140a SGB V im Rahmen des GKV-VSG

- (3) In dem Honorarbescheid/eHon ist der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung darauf hinzuweisen, dass die Honoraranforderungen nach Maßgabe der Gebührenordnung unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes errechnet und erforderlichenfalls entsprechend berichtigt wurden. Gegen die Richtigkeit der Honorarabrechnung sowie gegen evtl. Honorarkorrekturen aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes kann der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der KV Thüringen Widerspruch erheben. Soweit dem Widerspruch nicht abgeholfen werden kann, entscheidet der Vorstand der KV Thüringen.
- (4) Der eHon gilt am dritten Tag nach Versendung der zugehörigen Informationsmail der KV Thüringen, welche die Bereitstellung des Bescheides im Dokumentencenter in KVTOP anzeigt, als bekanntgegeben.
- (5) Der KV Thüringen bleibt eine nachträgliche Berichtigung der Honorarabrechnung innerhalb von vier Jahren nach Bekanntgabe des Honorarbescheides/eHon vorbehalten (z. B. aufgrund von Anträgen der Krankenkassen auf Berichtigung der Gesamtvergütung, Prüfanträgen gem. § 106a SGB V [ab 01.01.2017 § 106d SGB V]). Um den Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist zu verhindern, hat eine hinreichend deutliche Information an die betroffenen Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und Krankenhäuser über den jeweiligen Grund der Verjährungshemmung zu erfolgen.
- (6) Der Honorarbescheid/eHon kann aufgrund der Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes unter Vorbehalt gestellt und/oder mit Nebenbestimmungen versehen werden.
- (7) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei der KV Thüringen, bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KV Thüringen oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
- (8) Im Übrigen gelten die gesetzlichen Vorschriften.

### **§ 18 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 und fachärztlicher Notdienst (Anwesenheitspflicht in den Notdienstzentralen)

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 (Rufbereitschaft)

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)**

**(Stand 7. November 2017)**

- 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 zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V

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

**Lesefassung**  
**Änderungen gültig ab 1. April 2018**  
**der**

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

---

- 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**      (unbesetzt)
- Teil F**      Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
- Teil G**      Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V



## Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V

**geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018**

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V 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 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, 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 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,
  - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
  - den Vorgaben in Teil B bis G, einschließlich Anlagen 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.
8. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % anzuwenden.

Sofern die Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Gebührenordnungspositionen des Grundbetrags „Labor“ individuelle Steuerungsmaßnahmen vorsieht, ist diese Quote im Rahmen der quartalsweisen Bestimmung der arzt- und praxisindividuellen Budgetierung auf den historischen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung anerkannten Leistungsbedarf anzuwenden. Bis zum Erreichen der zugeteilten Höhe werden erbrachte Leistungen nicht abgestaffelt vergütet. Für über die zugeteilte Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 35 % vorzunehmen.

#### 9. Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

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, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind in diesem Fall je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

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

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

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

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3

EBM berechnungsberechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus Praxen mit Ärzten aus nicht in der Übersicht aufgeführten Arztgruppen einer Referenz-Fallwertgruppe gemäß der Übersicht zuordnen und eine entsprechende Budgetierung durchführen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann das Budget erweitern, aussetzen oder bedarfsgerecht anpassen.

**Anmerkung:**

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die Einführung verbindlicher individueller Mengensteuerung bei Laboruntersuchungen prüfen. Dabei sind insbesondere die bis dahin gesammelten Erfahrungen mit individuellen Mengensteuerungsmaßnahmen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen. Sofern die durchschnittliche Mindestquote in Höhe von 89 % in einer Kassenärztlichen Vereinigung in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten wird, sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Teil A Nr. 8 zeitnah zu überprüfen und ggf. anzupassen.

## Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

**beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015  
geändert am 9. Juni 2015 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 und  
geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 und  
geändert am 23. August 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016  
sowie geändert am 15. November 2017 mit Wirkung zum 1. Januar 2018  
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018**

#### Präambel

Zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, werden die notwendigen Regelungen in Form von Anlagen zu Teil B gegeben.

#### 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 „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu bilden sind.

**1.2 Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“), für alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitel 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“<sup>1</sup>) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen

<sup>1</sup> Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppe 43 vergütet. Bei regional abweichenden

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 (Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (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.

## **2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge**

Die gemäß diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 6. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anlagen zu Teil B bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 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.

## **3. Fortschreibung der Grundbeträge**

Nach der Ermittlung der Ausgangswerte für die Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung aller Grundbeträge nach folgendem Verfahren.

**3.1** Die Ausgangswerte für die Grundbeträge 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.

Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ und die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ angewendet. Die Zuführung der aus diesen Steigerungen resultierenden Beträge zum hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrag erfolgt gemäß Nr. 3.3. Abweichende gesamtvertragliche Regelungen sind zu beachten.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

**3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge 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.

---

Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes werden die entsprechenden Aufwendungen ebenfalls aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.3** 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.

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.

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

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist jeweils entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

- 3.4** Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.

- 3.5** 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 bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung sowie der Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 2. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

Bei der Bereinigung aufgrund ASV sind die gesetzlichen Vorgaben, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, umzusetzen.

- 3.6** Für den Fall, dass auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO der auf Muster 10A bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10A“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10A“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster

10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.

3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

- der rechnerischen Quote, die sich bei der Überführung der Leistungen aus dem Grundbetrag „Labor“ in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag nach Nr. 2.1 der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall für 2018 bzw. der Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ für 2019 ergab, und
- den gemäß Nr. 3.1 und 3.4 vorgesehenen Veränderungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem aktuellen Quartal und dem jeweiligen Quartal des Zeitraums 2/2018 bis 1/2019 (Quartal der Überführung)

und ergibt das Finanzvolumen, das basiswirksam aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags entnommen und dem Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zugefügt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziffer 4 („Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Muster 10A“ des entsprechenden Quartals nicht überschreiten.

#### **4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**

Soweit die Summe der gemäß 3. 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 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

## **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.

## **7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „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 „Bereitschaftsdienst und Notfall“ 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 im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. 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 „Bereitschaftsdienst und Notfall“ 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 „Bereitschaftsdienst und Notfall“ 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.

#### **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. Im Zusammenhang mit der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ zum 1. April 2018 sind
  - 2.1 die Höhe der FKZ-Quote für die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen in Höhe von 90 % bis zum 1. April 2020 zu überprüfen und
  - 2.2 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Abrechnung auf Muster 10 veranlasster und auf Muster 10A bezogener allgemeiner Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM zu evaluieren. Bei festgestellten relevanten Veränderungen des Verhältnisses zwischen veranlassten und bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen sind die KBV-Vorgaben zur Trennung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzupassen.

# Anlage

## zu den KBV-Vorgaben Teil B

### gültig für das Jahr 2016

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

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

**beschlossen am 9. Juni 2015 mit Wirkung für das Jahr 2016**  
**geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016**  
**geändert am 13. Juni 2017 rückwirkend mit Wirkung zum 1. Januar 2016 (Nr. 5)**  
**und 1. Oktober 2016 (Nr. 6)**

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik der Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2016 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Im Zeitraum vom 1. Quartal 2016 bis 3. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11230 bis 11232 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

2. Für das 3. und 4. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den fachärztlichen Grundbetrag und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

3. Für das 3. und 4. Quartal 2016 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32863 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit der jeweils gültigen Abstaffelungsquote Q gemäß Teil E und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den Grundbetrag „Labor“ und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

4. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung gemäß den regionalen Gesamtverträgen nach den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung<sup>2</sup> die Leistungsbereiche
- umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
  - allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
  - Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 3. und 4. Quartal 2016 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Drittel aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen<sup>3</sup> den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren; der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

Für den Fall, dass in einem Quartal die realisierten Einsparungen im Zeitraum vom 3. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017 den gemäß Satz 1 auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag übersteigen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Maßnahmen vorsehen, die bei jahresweiser Betrachtung die Berücksichtigung aller realisierten Einsparungen ermöglicht.

5. Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 10 SGB V Vorgaben, die die Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V einmalig und basiswirksam in den vier Quartalen des Jahres 2016 jeweils in dem Umfang zu erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlages entspricht. Zur Verteilung der dadurch bereitgestellten Finanzmittel auf die Grundbeträge wird das Folgende vorgegeben:

<sup>2</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 Vorgaben 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 zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

<sup>3</sup> Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

Das sich durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlags ergebene Finanzvolumen wird nach dem Leistungsbedarfsanteil der auf die dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten auf die Grundbeträge aufgeteilt. Dabei wird entsprechend dem letzten ermittelbaren quartalsweisen Leistungsbedarfsanteil der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der jeweils betroffenen Grundbeträge der bereichseigenen Versicherten an dem gesamten Leistungsbedarf der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten der Anteil gebildet und das sich damit ergebende Finanzvolumen dem jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags basiswirksam zugeführt.<sup>4</sup>

6. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 zur Finanzierung des im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien entstehenden zusätzlichen Aufwandes bei Leistungen des EBM beschlossen.

Das sich durch die Finanzierung des im Zusammenhang mit der sQS bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien im 4. Quartal 2016 ergebene Finanzvolumen wird dem jeweiligen Vergütungsvolumen der betroffenen Grundbeträge anteilig entsprechend der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsmenge für bereichseigene Versicherte basiswirksam zugeführt.

---

<sup>4</sup> Sofern die notwendigen Informationen für die Bestimmung des Anteils bezogen auf bereichseigene Versicherte nicht vorliegen, kann hilfsweise die Abgrenzung bereichseigene Versicherte bei bereichseigenen Ärzten herangezogen werden.

# Anlage

## zu den KBV-Vorgaben Teil B

### gültig für das Jahr 2017

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

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

**beschlossen am 31. Mai 2016 mit Wirkung für das Jahr 2017  
geändert am 13. Juni 2017 mit Wirkung für das Jahr 2017**

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik der Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das Jahr 2017 wird dazu das Folgende geregelt:

1. Für das 1. und 2. Quartal 2017 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

2. Für das 1. und 2. Quartal 2017 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32863 angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit der jeweils gültigen Abstaffelungsquote Q gemäß Teil E und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für den Grundbetrag „Labor“ und den Grundbetrag „genetisches Labor“ erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

3. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung nach den regionalen Gesamtverträgen gemäß den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung<sup>5</sup> die Leistungsbereiche
  - a. umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
  - b. allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
  - c. Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 1. und 2. Quartal 2017 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Drittel aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen<sup>6</sup> den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren, der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

Für den Fall, dass in einem Quartal die realisierten Einsparungen im Zeitraum vom 3. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017 den gemäß Satz 1 auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag übersteigen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Maßnahmen vorsehen, die bei jahresweiser Betrachtung die Berücksichtigung aller realisierten Einsparungen ermöglicht.

4. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10. August 2016 zur Finanzierung des im Zusammenhang mit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien entstehenden zusätzlichen Aufwandes bei Leistungen des EBM beschlossen.

Das sich durch die Finanzierung des im Zusammenhang mit der sQS bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien in den Quartalen 2017/1 bis 2017/3 jeweils ergebene Finanzvolumen wird dem jeweiligen Vergütungsvolumen der betroffenen Grundbeträge anteilig entsprechend der im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsmenge für bereichseigene Versicherte basiswirksam zugeführt.

---

<sup>5</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 Vorgaben 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 zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

<sup>6</sup> Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

**Anlage**  
**zu den KBV-Vorgaben Teil B**  
**zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“**  
**und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im**  
**Bereitschaftsdienst und Notfall**

**gültig für das Jahr 2018**

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

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

**beschlossen am 15. November 2017 mit Wirkung für das Jahr 2018**  
**geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung ab dem 1. April 2018**

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V und zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen sowie der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für den Zeitraum vom 1. Quartal 2018 bis zum 4. Quartal 2018:

**1. Für das 1. Quartal 2018 gilt:**

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ (der bis zum 4. Quartal 2017 gültige Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) wird basiswirksam um die Finanzmittel für Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall erhöht, die derzeit noch anderen Grundbeträgen zugeordnet sind. Der Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils anderen betroffenen Grundbetrags wird in gleicher Höhe vermindert.

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst

und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

## **2. Für das 2. bis 4. Quartal 2018 gilt:**

### **2.1 Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ wird aufgrund folgender dem Grundbetrag „Labor“ bis einschließlich zum 1. Quartal 2018 zugeordneten Sachverhalte basiswirksam vermindert und die sich ergebenden Finanzmittel dem Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils betroffenen Grundbetrags in gleicher Höhe zugeführt:

1. Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht wurden, werden in den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ überführt.
2. Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden entsprechend der Zuordnung des abrechnenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
3. Finanzmittel für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) werden im Verhältnis des bestimmbaren Anteils des jeweiligen Versorgungsbereichs an der Zuordnung des beziehenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
4. Finanzmittel für die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden in den fachärztlichen Grundbetrag überführt.

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“<sup>7</sup> durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.<sup>8</sup>

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerische Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert.

<sup>7</sup> Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

<sup>8</sup> Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.



Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

## **2.2 Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall**

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ (der bis zum 4. Quartal 2017 gültige Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) wird basiswirksam um die Finanzmittel für Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall erhöht, die derzeit noch anderen Grundbeträgen zugeordnet sind. Der Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils anderen betroffenen Grundbetrags wird in gleicher Höhe vermindert.

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Dies gilt nicht für die Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht werden. Diese werden gemäß Nr. 2.1 dieser Anlage zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen überführt. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

# **Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ gültig für das Jahr 2019**

**im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband**

---

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

**beschlossen am 12. Dezember 2017 mit Wirkung für das 1. Quartal 2019**

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen und der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für das 1. Quartal 2019:

### **Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ wird aufgrund folgender dem Grundbetrag „Labor“ bis einschließlich zum 1. Quartal 2018 zugeordneten Sachverhalte basiswirksam vermindert und die sich ergebenden Finanzmittel dem Ausgangswert für die Fortschreibung des jeweils betroffenen Grundbetrags in gleicher Höhe zugeführt:

1. Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht wurden, werden in den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ überführt.
2. Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM werden entsprechend der Zuordnung des abrechnenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
3. Finanzmittel für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) werden im Verhältnis des bestimmbar Anteils des jeweiligen Versorgungsbereichs an der Zuordnung des beziehenden Arztes zum jeweiligen Versorgungsbereich in den haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrag überführt.
4. Finanzmittel für die Laborgrundpauschalen (GOP 12210 und 12220 EBM) werden in den fachärztlichen Grundbetrag überführt.

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“<sup>9</sup> durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die

---

<sup>9</sup> Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.<sup>10</sup>

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerischen Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben, Teil B.

---

<sup>10</sup> Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

## **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  
**(unbesetzt)**

## 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 beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016**

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 und § 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V 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 in Verbindung mit § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V 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 den bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Versorgungsumfang (insbesondere 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. Zur Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars hat die KBV geeignete und neutrale Verfahren gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vorzugeben. Ein geeignetes und neutrales Verfahren ist gegeben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der arztbezogenen Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars und der bereinigten Fallwerte die individuelle Fallzahl bzw. deren Veränderung bei jedem Arzt berücksichtigt; die Umsetzung erfolgt je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung:
  - 1) Bei Verwendung der Fallzahlen des aktuellen Quartals im Rahmen der Honorarverteilung (beispielweise Regeleistungsvolumen oder Qualitätsgebundene Zusatzvolumen) ist ein gemäß der gesetzlichen Vorgaben geeignetes und neutrales Verfahren der Honorarbereinigung auf Arzzebene sichergestellt.
  - 2) Sofern Kassenärztliche Vereinigungen auf Vorjahresfallzahlen basierende Honorarverteilungsinstrumente verwenden, darf bei Ärzten keine individuelle Kürzung der Fallzahl für bislang von ihm nicht betreute Patienten vorgenommen werden.



3) Wenn andere Arten der Mengensteuerung verwendet werden, ist ein Bereinigungsverfahren entsprechend dem Grundsatz nach Satz 2 anzuwenden.

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann zudem bei Vorliegen valider Daten z. B. eine anteilige Berücksichtigung von Selektivvertragsbehandlungen bei einem Selektivvertragsversicherten vornehmen und damit die Behandlung auf Kollektiv- und Selektivvertrag aufteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann über die dargestellten arztbezogenen Bereinigungsverfahren hinaus weitere Methoden verwenden, die in ihren Auswirkungen dem Grundsatz nach Satz 2 entsprechen.

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. Die quartalsbezogene Bereinigung innerhalb des Quartals und auch quartalsversetzt für in einen Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte erfolgt bei den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten, durch die sie zuvor behandelt wurden.
  - c. Die Kassenärztliche Vereinigung kann darüber hinaus eine Bereinigung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vornehmen.
9. Die Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist auf Arzzebene so umzusetzen, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs gemäß § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils (dies gilt nicht für die Bereinigung des Honorars von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL erbringen; sofern keine oder nur eine geringe Anzahl von Vertragsärzten an ASV-Teams teilnehmen, kann zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit das Bereinigungsvolumen auf alle Ärzte der zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppe aufgeteilt werden) und der fachärztlichen Grundversorgung geht.
10. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Finanzierung ihrer gesetzlichen Aufgaben entsprechend berücksichtigen.

## Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

---

### **Vorgaben zu gesonderten Vergütungsregelungen für Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V beschlossen am 12. April 2016 mit Wirkung zum 1. April 2016**

#### **Präambel**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V für anerkannte Praxisnetze gesonderte Vergütungsregelungen vorsehen. Gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zu den Regelungen in § 87b Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V zu bestimmen. Dazu gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung folgende Regelungen vor:

Für die Ausgestaltung gesonderter Vergütungsregelungen beachten die Kassenärztlichen Vereinigungen die regional vorhandenen Strukturen und legen entsprechende Regelungen fest. Dabei können die Vergütungsregelungen unter anderem

1. eine finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit der teilnehmenden Ärzte eines anerkannten Praxisnetzes,
  2. Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung,
  3. Zahlungen im Sinne einer Projektfinanzierung,
  4. Anpassungen im Rahmen der Mengengrenzung der Ärzte im anerkannten Praxisnetz,
  5. ein Zuschlag oder Punktwertzuschlag für alle oder einzelne von Netzärzten abgerechnete Leistungen oder
  6. eigene Honorarvolumen zur Vergütung anerkannter Praxisnetze
- umfassen.

Die Anerkennungsstufen der Praxisnetze (gemäß Richtlinien der KVen für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V) können bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Zur Vergütung von anerkannten Praxisnetzen können beispielsweise im Rahmen von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V auch Finanzmittel aus dem Strukturfonds zusätzlich eingesetzt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann von den vorgeschlagenen Vergütungsregelungen abweichende Regelungen treffen.