

Lesefassung
(Stand VV 09.09.2023)

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. April 2023

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	2
Präambel	3
§ 1 Geltungsbereich	3
§ 2 Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)	4
§ 3 Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)	4
§ 4 Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst) sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	6
§ 5 Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	7
§ 6 Vergütung der Kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM	8
§ 7 Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen	8
§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen	9
§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen	13
§ 10 Regelungen für Kooperationsformen	19
§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Übernahme einer Praxis/Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V	20
§ 12 Antragsverfahren	21
§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	21
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	22
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	22
§ 15 a Ausgleichszahlungen auf der Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V (Pandemie)	23
§ 16 Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen, bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V	24
§ 17 Honorarbescheid	25
§ 18 Inkrafttreten	26
Anlage 1 - § 4 Abs. (3) "Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)"	27
Anlage 2 - § 4 Abs. (4) "Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im Bereitschaftsdienst"	28
Anlage 3 - § 15 a „Ausgleichszahlungen a.d. Grundl. von § 87b Abs. 2a SGB V (Pandemie)“	29
Anlage 4 - Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VstG)	30
Anlage 5 - Abkürzungen	31

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.¹
- (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.

¹ § 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 werden gem. § 105 Abs. 1a SGB V 0,2 % 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,
 1. die für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“),
 2. alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inklusive der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix,
 3. die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix (Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“),
 4. Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“) sowie
 5. den hausärztlichen Versorgungsbereich - (hausärztlicher Grundbetrag) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versicher-

tenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix und

6. den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix 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 Bereitschaftsdienst und Notfall ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix,
3. Grundbetrag Kinder und Jugendärzte (kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix)
4. Grundbetrag Förderung Kinder- und Jugendärzte (kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix)
5. Hausärztlicher Grundbetrag ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix,
6. Fachärztlicher Grundbetrag ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix,
7. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag, genetisches Labor
8. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag, Pauschale fachärztliche Grundversorgung

(3) Das für die Verteilung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen aus den Grundbeträgen gemäß Abs. (2), Punkt 1 bis 8 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, ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, 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 EBM, 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. 6 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 7 und 8 wird auf der Grundlage der jeweils gültigen KBV-Vorgaben ermittelt, Teil B – genetisches Labor und Pauschalen für fachärztliche Grundversorgung „PFG“.
- (6) 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, ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, 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) Die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels 32 EBM, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst (organisierter Notdienst) sowie von Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erbracht werden, erfolgt mit der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V. Abrechenbar nach Satz 1 sind ausschließlich die in der Anlage 2 aufgeführten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen.
- (5) Im Falle eines Unterschusses des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) erfolgt eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrages im Quartal in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zählung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen

tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt. 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

- veranlasster Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderung über Muster 10)

und

- den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM),

wird gemäß § 3 Abs. (2) Punkt 1 in Verbindung mit § 3 Abs. (3) ein Vergütungsvolumen gebildet.

- (2) Die Vergütung der Gebührenordnungsposition 32001 (wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Untersuchungen des Kapitels 32 EBM) erfolgt mit der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V.
- (3) Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, erfolgt mit einer Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V.
- (4) 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, wird für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (Anforderung Muster 10) einer fallwertbezogenen Budgetierung unterzogen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen werden in diesem Fall je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen vergütet (gemäß KBV-Vorgaben Teil A Pkt. 9).

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

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets unter Berücksichtigung der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	35,60
Nuklearmediziner, Hämatologen	18,69
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	3,56

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 und der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet.

Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

- (5) 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 B Nr. 7.1 nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals aus den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen. 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 Bereiches 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.

§ 6

Vergütung der Kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM

- (1) Für die Vergütung der kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix wird gemäß § 3 Abs. (3) ein Vergütungsvolumen gebildet. Hierbei werden die Vergütungsvolumen aus den Grundbeträgen gemäß § 3 Abs. 2 Punkte 3 und 4 zusammengefasst.
- (2) Die Vergütung der kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix erfolgt mindestens mit den Preisen der Eurogebührenordnung.
- (3) Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf das in Abs. (1) abschließend bestimmte Vergütungsvolumen festgestellt werden, wird wie folgt verfahren:

Im Falle von Unterschüssen wird der Ausgleichbetrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung ermittelt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt.

Im Falle von Überschüssen werden die vorhandenen Finanzmittel an die Leistungen aus dem Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix abrechnenden Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V ausgezahlt.

§ 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. (2) Punkt 5 in Verbindung mit § 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. (5) und § 5 Abs. (5).
- (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 eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.2 EBM und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen auf Anforderung über Muster 10 a des hausärztlichen Versorgungsbereichs. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen werden mit der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V vergütet.
- c) 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.

- d) Für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird bei Abrechnung von zwei der nachfolgenden vier EBM-Leistungen:
 1. Spiographische 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.

- e) 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.
- f) Zur Finanzierung der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM-Abschnitte 3.2.4 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 Bewertungsausschuss (288./295. Sitzung des Bewertungsausschusses). Die Leistungen sollen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem hausärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.
- g) Zur Finanzierung des problemorientierten ärztlichen Gespräches, gemäß GOP 03230 EBM wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen wird wie folgt berechnet: Das Punktzahlvolumen für diese Leistung beträgt gemäß Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 EBM 64 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 GOP 03230 EBM wird unter Anwendung der Begrenzung im EBM gem. Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 aus diesem Volumen vergütet.

- h) Für die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040 EBM). Die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschale erfolgt mit den Preisen der Eurogebührenordnung.
- i) Zur Finanzierung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 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 GOP 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 GOP 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 k) entnommen.

- j) 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.
- k) 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 auf-

- nehmen [Abs. (4)],
- dem Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (§ 15/§ 15a),
- 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) i) genannten Vergütung
- zur Sicherstellung der Finanzierung der in § 8 Abs. (6) genannten Vergütung.

- l) Patienten, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind und in häuslicher Umgebung betreut werden, wird in den Fällen, in denen ein Hausbesuch im Behandlungsfall stattgefunden hat, eine Pauschale in Höhe von 15,00 € je Behandlungsfall vergütet. Voraussetzung ist, dass im Behandlungsfall ein Tag mit der Kennziffer 88240 sowie mindestens ein Hausbesuch entsprechend den GOP 01410 bis 01413 EBM stattgefunden hat. Darüber hinaus ist die Angabe des ICD-Codes U07.1 G Voraussetzung.

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 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 623. Sitzung Teil A der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeführten Finanzvolumen zur Rückführung der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Sätze 7 bis 12 SGB V der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V genannten Leistungen (TSVG-Konstellation Neupatient) werden versorgungsbereichsspezifisch den Fachgruppenkontingenten zugeordnet. Der fachgruppenspezifische Anteil des Finanzvolumens zur Rückführung der Bereinigung wird berechnet, indem für jede Fachgruppe die Summe der Bereinigungen bezüglich der TSVG-Konstellation Neupatient aus den entsprechenden Vorjahresquartalen ermittelt wird. Diese fachgruppenspezifische Summe wird dividiert durch die Summe der Bereinigungen aller Fachgruppen bezüglich der TSVG-Konstellation Neupatient aus den entsprechenden Vorjahresquartalen. Dieser Anteil wird auf das Finanzvolumen zur Rückführung der Bereinigung angewendet und ergibt den fachgruppenspezifischen Anteil des Finanzvolumens zur Rückführung der Bereinigung.

Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten innerhalb der Fachgruppenkontingente wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrages im Quartal mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten des aktuellen Quartals und der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt.

Es werden ausschließlich Ärzte betrachtet, die Leistungen abgerechnet haben, die zu dem entsprechenden Vergütungsvolumen zählen. 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):

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

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

Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. Das individuelle Punktzahlvolumen (IPV) wird bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3). Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) wird entsprechend dem dem Versorgungsauftrag ermittelt. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt.

Die ermittelte individuelle Punktzahl ist um den Leistungsbedarf des entsprechenden Vorjahres quartals, welcher gemäß § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 5 und 6 SGB V erbracht wurde, zu erhöhen.

Diese berechnete individuelle Punktzahl ist vor der Vergütung der IPV Leistungen wieder um die im aktuellen Abrechnungsquartal erbrachten Leistungen gemäß § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 5 und 6 SGB V zu mindern. Sofern infolge der Minderung die berechnete individuelle Punktzahl kleiner als 0 oder 0 ist, stellt der aktuelle IPV Leistungsbedarf bis max. zur Höhe des Fachgruppenschnittes – unter Berücksichtigung des entsprechenden Tätigkeitsumfangs – das IPV dar. Satz 6 gilt nicht bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzugehörigkeit gem. Abs. (4) deren zusammengefasstes IPV nicht 0 oder nicht kleiner als 0 ist.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzuordnung gemäß Abs. (4) werden die anerkannten individuellen Punktzahlen dieser Ärzte (LANR) im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3) bis (5), addiert und als individuelle Punktzahl für diese Ärzte unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages 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 Abrechnungs quartals 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 Abrechnungs quartals. 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. Der im individuellen Punktzahlvolumen zugewiesene Leistungsbedarf wird mit der rechnerischen durchschnittlichen Quote, mindestens jedoch mit den Preisen der Eurogebührenordnung, vergütet. Die hierfür notwendigen Volumen werden den Rückstellungen gemäß § 8 Abs. (3) k) entnommen.

§ 9

Fachärztliches Vergütungsvolumen

- (1) Das fachärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (2) Punkt 6 in Verbindung mit § 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. (5) und § 5 Abs. (5).
- (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 (Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach 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 den 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) Für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.2 und 32.3 EBM (ohne Anforderung Muster 10) und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen auf Anforderung über Muster 10 a des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen werden nach Anwendung der fallwertbezogenen Budgetierung mit der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V vergütet.
- c) Nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb Kapitel 35.2 EBM sowie der GOP 35150 bis 35152 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. Hierbei wird das Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals, beginnend mit dem II. Quartal 2022 bis einschließlich des I. Quartals 2023, um die Entwicklung des Leistungsbedarfs des Vorjahres im Verhältnis zu den Quartalen II/2019 bis I/2020 gesteigert.

Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrages im Quartal mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten des aktuellen Quartals und der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt. Es werden ausschließlich Ärzte betrachtet, die Leistungen abgerechnet haben, die zu dem entsprechenden Vergütungsvolumen zählen.

- d) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den fachärztlichen Versorgungsbereich im Vorjahresquartal: Hierbei finden ausschließlich die Bestandteile des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welche auf den fachärztlichen Grundbetrag (MGV) entfallen und nicht den Grundbeträgen nach den §§ 4 und 5 zuzuordnen sind (ohne ärztlicher Bereitschaftsdienst und Labor), Beachtung.
- e) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im fachärztlichen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere

- ggf. notwendige Rückstellung für die Finanzierung genetisches Labor gemäß Abs. (3),
 - der ggf. notwendigen Rückstellung für die Finanzierung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Abs.(4),
 - der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit [Abs. (6)] aufnehmen,
 - dem Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (§ 15/§ 15a),
 - 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),
 - der Sicherstellung der Finanzierung der in § 9 Abs. (8) genannten Vergütung,
 - der Sicherstellung der Finanzierung der in § 13 Abs. (7) und (8) genannten Vergütung.
- f) Rückstellungen für Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung Leistungen abrechnen, die gemäß § 7 Abs. (2) und Abs. (3) aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zu finanzieren sind.
- g) Vergütung von Leistungen ermächtigter Ärzte, von Krankenhäusern und von nicht in Abs. (6) aufgeführten Fachgebieten ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix. Für die Vergütung dieser Leistungen wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals ohne die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix 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.

Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, des aktuellen Quartals und der Anzahl der abrechnenden ermächtigten Ärzte, Einrichtungen und Ärzte, die nicht den Fachgruppen nach Abs. (6) zugeordnet sind, im entsprechenden Vorjahresquartal. Da ermächtigten Ärzten kein Tätigkeitsumfang zugewiesen wird, wird die Zahl der abrechnenden Ärzte gezählt. 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 Versorgungsbereich gebildet:

lfd. Nr.	Fachgruppe
1	Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie
2	Fachärzte für Augenheilkunde
3	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
4	Fachärzte für Frauenheilkunde
5	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
6	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
7	Fachärzte für Humangenetik
8	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
9	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13300 – 13311)
10	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13350)
11	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13400 – 13431)
12	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13500 – 13502)
13	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13550 – 13561)
14	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13650 – 13670)
15	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13700 – 13701)
16	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie (Genehmigung zur Abrechnung der GOP 13600 – 13621)
17	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
18	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
19	Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und psychotherapeutisch tätige Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 %, jedoch nicht mehr als 90 % ihrer ärztlichen Leistungen umfassen
20	Fachärzte für Nuklearmedizin
21	Fachärzte für Orthopädie
22	Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Radiologie
23	Fachärzte für Strahlentherapie
24	Fachärzte für Urologie
25	Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß Präambel 30.7 Nr. 6 EBM

26	Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
27	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin
28	Fachärzte für Pathologie

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 auf dieser Basis ermittelten Fachgruppenkontingente sind beginnend mit dem Quartal I/2023 auf der Grundlage und unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung vom 29.03.2023 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V grundsätzlich zu bereinigen, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen der Leistungen gemäß § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V (offene Sprechstunde) der einzelnen Arztgruppen das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen im Vorjahresquartal um 3 Prozent übersteigt. Sofern Arztgruppenkombinationen in der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses mehrere Fachgruppenkontingente umfassen, ist der Bereinigungsbetrag im Verhältnis der Leistungsmenge für Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 6 SGB V (offene Sprechstunde) zur Leistungsmenge der jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Quartal aufzuteilen.

Die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus der 623. Sitzung Teil A der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeführten Finanzvolumen zur Rückführung der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Sätze 7 bis 12 SGB V der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V genannten Leistungen (TSVG-Konstellation Neupatient) werden versorgungsbereichsspezifisch den Fachgruppenkontingenten zugeordnet. Der fachgruppenspezifische Anteil des Finanzvolumens zur Rückführung der Bereinigung wird berechnet, indem für jede Fachgruppe die Summe der Bereinigungen bezüglich der TSVG-Konstellation Neupatient aus den entsprechenden Vorjahresquartalen ermittelt wird. Diese fachgruppenspezifische Summe wird dividiert durch die Summe der Bereinigungen aller Fachgruppen bezüglich der TSVG-Konstellation Neupatient aus den entsprechenden Vorjahresquartalen.

Dieser Anteil wird auf das Finanzvolumen zur Rückführung der Bereinigung angewendet und ergibt den fachgruppenspezifischen Anteil des Finanzvolumens zur Rückführung der Bereinigung. Das so ermittelte finanzielle Volumen wird um den Betrag reduziert, der ggf. im Vorjahresquartal den Fachgruppenkontingenten zugeführt wurde, um die Auszahlung des festen Anteils (65 % IPV) mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung und dem Mindestpunktwert gem. § 9 (7) Abs. 11 zu realisieren.

Das hierfür frei werdende Volumen wird dem Volumen gem. § 9 (1) zugeführt.

Die Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten innerhalb der Fachgruppenkontingente wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrages im Quartal mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten des aktuellen Quartals und der Summe der Versorgungsaufträge der abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten der Fachgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt. Es werden ausschließlich Ärzte betrachtet, die Leistungen abgerechnet haben, die zu dem entsprechenden Vergütungsvolumen zählen. 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 dann für die weitere Ermittlung der Auszahlungspunktwerte zur Verfügung.

- (7) Für die Ermittlung der Auszahlungspunktwerte wird je Arzt (LANR) eine nach der Punktzahlanfor-

derung 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):

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

Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. Das individuelle Punktzahlvolumen (IPV) wird bereinigt um die Leistungen gemäß Absätze (3) bis (5). Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) wird entsprechend dem Versorgungsauftrag ermittelt. Versorgungsaufträge, die im Quartal enden, beginnen oder sich verändern, werden anteilig berücksichtigt. Für die im Bereich der KV Thüringen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, denen kein konkreter Versorgungsauftrag zugewiesen ist, wird ein Tätigkeitsumfang in Höhe von 0,5 zu Grunde gelegt.

Die ermittelte individuelle Punktzahl ist um den Leistungsbedarf des entsprechenden Vorjahresquartals, welcher gemäß § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V erbracht wurde, zu erhöhen.

Diese berechnete individuelle Punktzahl ist vor der Vergütung der IPV Leistungen wieder um die im aktuellen Abrechnungsquartal erbrachten Leistungen gemäß § 87 a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V zu mindern. Sofern infolge der Minderung die berechnete individuelle Punktzahl kleiner als 0 oder 0 ist, stellt der aktuelle IPV Leistungsbedarf bis max. zur Höhe des Fachgruppendurchschnittes – unter Berücksichtigung des entsprechenden Tätigkeitsumfangs – das IPV dar. Satz 6 gilt nicht bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzugehörigkeit gem. Abs. (6) deren zusammengefasstes IPV nicht 0 oder nicht kleiner als 0 ist.

Infolge eines Reaktoraustritts kam es zu Lieferengpässen von Tc-99/mo-99-Generatoren. Infolge dessen konnten im Einzelfall Leistungen im IV. Quartal 2022 gemäß den Gebührenordnungspositionen 17310 – 17361 und 17372 EBM nicht erbracht werden. Aus diesem Grund erfolgt eine Anpassung für die Ermittlung des individuellen Punktzahlvolumens für das IV. Quartal 2023. Sofern auch das I. Quartal 2023 von den Konsequenzen betroffen ist, gelten die nachfolgenden Regelungen entsprechend.

Die Anpassung erfolgt, indem zunächst die Frequenzen der Kostenpauschalen gemäß den Gebührenordnungspositionen 40500 bis 40530, 40540 bis 40546 und 40551 EBM des IV. Quartals 2022 mit denen des IV. Quartals 2021 verglichen wird.

Sofern die absolute Frequenz um mehr als 15 % reduziert ist, wird das individuelle Punktzahlvolumen um die Differenz des anerkannten Leistungsbedarfs der Gebührenordnungspositionen 17310 – 17361 und 17372 EBM zwischen dem IV. Quartal 2022 und dem IV. Quartal 2021 erhöht. Darüber hinaus wird Zahl der Behandlungsfälle im gleichen Zeitraum analysiert und im Falle eines Rückgangs das individuelle Punktzahlvolumen um den Leistungsbedarf der GOP'en 17210 und 17215 EBM je Fall zusätzlich erhöht. Die Erhöhung erfolgt bis maximal zum zugewiesenen individuellen Punktzahlvolumen des IV. Quartals 2021. Diese Anpassung ist bei der Berechnung der Fachgruppenkontingente zu berücksichtigen.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten mit identischer Fachgruppenkontingenzuordnung gemäß Abs. (6) werden die anerkannten individuellen Punktzahlen dieser Ärzte (LANR) im entsprechenden Vorjahresquartal, bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3) bis (5), addiert

und als individuelle Punktzahl für diese Ärzte unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages 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. Der im individuellen Punktzahlvolumen zugewiesene Leistungsbedarf wird mit der rechnerischen durchschnittlichen Quote, mindestens jedoch mit den Preisen der Eurogebührenordnung, vergütet. Die hierfür notwendigen Volumen werden den Rückstellungen gemäß § 9 Abs. (5) e) entnommen.

§ 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 und Nr. 5 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 und Nr. 5 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 und angestellte Ärzte gem. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V.

§ 11

Regelung bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/Übernahme einer Praxis/Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung nach § 75a SGB V und dem Sicherstellungsstatut der KV Thüringen

- (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) Die Regelungen der Absätze (1) bis (4) gelten entsprechend dem Umfang des jeweiligen Versorgungsauftrages.
- (6) In den Fällen der Beschäftigung eines Arztes in 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. Es gelten die

Antragsfristen entsprechend § 12 Abs. (2).

Die Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens soll dem von der Praxis zu zahlenden Anhebungsbeitrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V Rechnung tragen.

- (7) In den Fällen der Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung über die gesetzliche Vorgabe des § 75a SGB V hinaus auf der Grundlage des § 8 des Sicherstellungsstatutes der KV Thüringen 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. Es gelten die Antragsfristen entsprechend § 12 Abs. (2) HVM.

Die Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens soll dem von der Praxis zu zahlenden Anhebungsbeitrag in Analogie zu § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V Rechnung tragen.

§ 12 Antragsverfahren

- (1) Der Vorstand kann in begründeten Fällen auf Antrag des Arztes zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erhöhung der arztbezogenen Punktzahl sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen im Einzelfall gewähren, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen. Diese liegen insbesondere vor, wenn
- der Antragsteller vorübergehend gezwungen ist, eine erhebliche Unterversorgung (nicht an die Bedarfsplanungsrichtlinie gebunden) - hervorgerufen durch Krankheit, Ruhen, Praxisschließung eines Fachkollegen oder Wegfall einer Ermächtigung - im Planungsbereich zu überbrücken,
 - beim Antragsteller nach dem 1. Juli 2012 wesentliche Veränderungen des Leistungsspektrums, wie z. B. durch Erwerb zusätzlicher Qualifikationen, Statuswechsel etc., eingetreten sind,
 - bei Neuniederlassungen in Fachgebieten mit weniger als fünf niedergelassenen Vertragsärzten bzw. mit Subspezialisierung mit weniger als zehn vergleichbaren Vertragsärzten kein repräsentativer Fachgruppenschlüssel zugrunde gelegt werden kann,
 - eine Sonderbedarfszulassung nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgte,
 - Vertragsärzte im Vorjahresvergleichsquartal vorübergehend oder eingeschränkt (mindestens ein Quartal) nicht vertragsärztlich tätig waren, z. B. aufgrund von Krankheit, Ruhen der Zulassung, etc.
- (2) Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheides beim Vorstand der KVT zu stellen.

§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

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

- (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) c) herangezogen.
- (5) Bei der Ermittlung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen eines Arztes/Psychotherapeuten ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
- (6) Für Ärzte, die - außer in ihrer Praxis - auch an einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird eine gesamte zeitbezogene Kapazitätsgrenze für die vom jeweiligen Arzt/Psychotherapeuten in der Praxis und in der Teilberufsausübungsgemeinschaft erbrachten Leistungen ermittelt.
- (7) Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit, gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum EBM in der gültigen Fassung, sind bis zu der gemäß Abs. (3) ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung aus dem Honorarvolumen gemäß Abs. (4) zu vergüten. Im Falle einer Überschreitung des Honorarvolumens gem. Abs. 4 wird die Differenz den Rückstellungen gem. § 9 Abs. (5) e) entnommen.
- (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). Hierbei ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 €-Cent zur Auszahlung gelangt. Die ggf. hierfür notwendigen Finanzmittel sind aus den Rückstellungen gemäß § 9 Abs. (5) e) zur Verfügung zu stellen.
- (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 EBM oder der Honorarsystematik 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 Gesamthonorar einer Arztpraxis unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages im Abrechnungsquartal um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal und das MGV-Honorar um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann die KVT auf Antrag des Arztes befristete Ausgleichszahlungen bezogen auf das MGV-Honorar an die Arztpraxis leisten, sofern

die Honorarminderung durch Änderungen des EBM oder der Honorarsystematik 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 den Wegfall oder die Minderung von Aufschlägen von Kooperationsformen, durch den Wegfall der Aussetzung von mengenbegrenzenden Maßnahmen nach § 87b Abs. 3 SGB V oder durch den Wegfall von Leistungen/Leistungsbereichen begründet sind und somit nicht unmittelbar durch Änderungen des EBM oder der Honorarsystematik resultieren. Unberücksichtigt bleiben auch Kosten gemäß Kapitel 32 und 40 EBM sowie Wegepauschalen gemäß Anlage 3 des Honorarvertrages.

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 MGV-Honorars des Vorjahresquartals.

§ 15 a Ausgleichszahlungen auf der Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V

- (1) Zur Vermeidung einer Gefährdung der Fortführung der Arztpraxis infolge einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 IfSG, einer Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses gesunkenen Fallzahl und eines gesunkenen Gesamthonorars gegenüber dem Vorjahresquartal kann eine Ausgleichszahlung erfolgen.

Zur Vergleichbarkeit der Fallzählung zwischen Abrechnungs- und Vorjahresquartal wird ausschließlich auf Behandlungsfälle gem. § 21 BMV-Ä abgestellt. Das zu vergleichende Gesamthonorar beinhaltet ausschließlich Honorare, die im Rahmen des jeweils mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbarten Gesamtvertrages gemäß § 83 SGB V vergütet werden.

- (2) Die Prüfung eines Anspruchs auf Ausgleichszahlung erfolgt auf Antrag des Arztes bzw. der Arztpraxis, welcher innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Honorarbescheides zu stellen ist. Voraussetzung für die Antragstellung ist die Einwilligung der Praxis zur Einsichtnahme der KVT in die Honorare der Praxis aus der „Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2“ (Coronavirus-Testverordnung - TestV) sowie der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARSCoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung - CoronaimpV)“ in dem jeweiligen Quartal sowie in der jeweils geltenden Fassung. Die Voraussetzungen für eine Ausgleichszahlung richten sich nach den nachfolgenden Absätzen.
- (3) Verringern sich die Fallzahl und das MGV-Honorar der Arztpraxis unter Berücksichtigung der Einnahmen gem. Anlage 3, unter Außerachtlassung der Kosten gemäß Kapitel 32 und 40 EBM, unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages im jeweiligen Abrechnungsquartal um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann die KVT eine Ausgleichszahlung leisten, sofern die Minderung eine Folge der durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 IfSG, einer Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses ist.
- (4) Eine ausgleichsfähige Minderung der Fallzahl und des Gesamthonorars infolge der durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 IfSG,

einer Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses liegt insbesondere nicht vor, wenn der Rückgang

- auf urlaubsbedingte Abwesenheiten,
- auf Krankheit,
- auf selbst verantwortete Praxisschließungen,
- auf die Nichteinhaltung der in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden, es sei denn, dass der Antragsteller durch eine durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 IfSG, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadensereignis verursachte rechtfertigende Gründe für die Unterschreitung nachweist,
- auf den Wegfall zusätzlicher Vergütungen des jeweils geltenden Honorarvertrages (z. B. förderungswürdige Leistungen)
- selbstverantwortet ist (z. B. Änderung oder Verlagerung des Leistungsspektrums)

zurückzuführen ist

und/oder

- durch Zahlungen auf der Grundlage der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung - TestV) oder der „Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaimpfV), nach den Regelungen des Infektionsschutzgesetzes oder finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen (Kurzarbeitergeld für Praxispersonal, Leistungen aus einer privaten Ausfallversicherung, Krankentagegeld, finanzielle Soforthilfe des Bundes oder Landes) ausgeglichen werden kann.
- (5) Nach positiver Entscheidung durch den Vorstand erhält der Antragsteller eine Ausgleichszahlung in angemessener Höhe. Hierbei wird die Differenz grundsätzlich bis zu 85 % des MGV-Honorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.
 - (6) Für Arztpraxen in den ersten zwölf Quartalen nach Aufnahme der Praxistätigkeit erfolgt grundsätzlich eine Ausgleichszahlung bis zu 85 % des fallzahlbereinigten durchschnittlichen MGV-Honorars des Vorjahresquartals der betreffenden Fachgruppe.
 - (7) Die für den Ausgleich notwendigen Finanzmittel werden aus den versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen gem. § 8 (3) k) sowie § 9 (5) e) entnommen.
 - (8) Über die Anträge auf Ausgleichszahlung entscheidet der Vorstand.

§ 16

Bereinigung des individuellen Punktzahlvolumens und der Fachgruppenkontingente bei Selektivverträgen, bei Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V

- (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.²
- (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. Sofern die Teilnahme beendet ist, erfolgt in gleicher Weise eine Rückbereinigung.

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

- (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.
- (6) Die Bereinigung aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V ist auf Arzzebene so umzusetzen, dass von der Bereinigung ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen.³

§ 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 Bevollmächtigungswechsel 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.

- (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.

³ § 16 Abs. (6) tritt zum 11. Mai 2019 zeitgleich mit dem TSVG in Kraft.

- (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 zwei Jahren nach Bekanntgabe des Honorarbescheides/eHon vorbehalten (z. B. aufgrund von Anträgen der Krankenkassen auf Berichtigung der Gesamtvergütung, Prüfanträgen gem. § 106d SGB V). Um den Ablauf der zweijährigen 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 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 | § 4 Abs. (4) - Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im Bereitschaftsdienst |
| Anlage 3 | § 15 a „Ausgleichszahlungen a. d. Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V (Pandemie)“ |
| Anlage 4 | Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VstG) |
| Anlage 5 | Abkürzungen |

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

§ 4 Abs. (4) Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im Bereitschaftsdienst

Medizinisch ausreichende, notwendige und zweckmäßige laboratoriumsmedizinische Untersuchungen zur überbrückenden Erstversorgung im Notdienst und in ambulanten Notfällen:

ASAT (GOP 32069 + ggf. 32089)
ALAT (GOP 32070 + ggf. 32089)
AP (GOP 32068)
Bilirubin (GOP 32058, 32059)
Blutbild (GOP 32120-32123)
Blutzucker (GOP 32025, 32057)
CRP (GOP 32128)
CK (MB) (GOP 32092)
D-Dimere (GOP 32027, 32117, 32212)
Elektrolyte (GOP 32081-32087)
Harnteststreifen (GOP 32032, 32033)
GGT (GOP 32071)
Kreatinin (GOP 32067)
Lipase (GOP 32073)
Nachweis von Virus Antigenen (GOP 32779)
Nukleinsäurenachweis des beta Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32816)
Schwangerschaftstest (GOP 32132)
β-HCG (GOP 32352)
TPZ (GOP 32026, 32114)
Troponin T (GOP 32150)
TSH (GOP 32101)

Anlage 3 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT

§ 15 a Ausgleichszahlungen auf der Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V

Honorare, Entschädigungen bzw. andere finanzielle Hilfen aus Leistungen gemäß der

Coronavirus-Testverordnung (TestV), insbesondere

- Abstriche bei asymptomatischen Personen inkl. Gespräch, PoC-Diagnostik, Ergebnismitteilung und Ausstellung eines Zeugnisses über das Testergebnis,
- Gespräche im Zusammenhang mit der Feststellung nach § 2 TestV (Kontaktperson), sofern kein Test durchgeführt wurde,
- Ärztliche Schulungen von Personal in nichtärztlich oder nichtzahnärztlich geführten Einrichtungen zur Anwendung und Auswertung von PoC-Antigen-Tests,

sowie der

Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV), insbesondere

- Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses im Rahmen der Impfpriorisierung,
- Schutzimpfung inkl. Aufklärung und Impfberatung, Untersuchung, Verabreichung des Impfstoffes und Beobachtung und Nachsorge,
- Besuche und Mitbesuche von Personen in Zusammenhang mit der Schutzimpfung,
- Impfberatung ohne anschließende Schutzimpfung,

sowie

- Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen, Kurzarbeitergeld für Praxispersonal, Leistungen aus einer privaten Ausfallversicherung, Krankentagegeld, finanzielle Soforthilfe des Bundes oder Landes, etc. werden im Rahmen der Anspruchsprüfung berücksichtigt.

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

(Stand: gültig ab 2. Quartal 2023)

- 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

***) Die Inhalte der Teile A bis G sind dem Anhang zu Anlage 4 zu entnehmen**

**Anlage 5
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/-en
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