



## Amtliche Bekanntmachung – Nr. 20-2024

### Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87 b SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) Beschluss der Vertreterversammlung vom 06.11.2024

Am 06.11.2024 hat die Vertreterversammlung der KVT auf Empfehlung des Vorstandes folgende Änderungen der Honorarverteilung mit Wirkung zum 01.01.2025 – vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen – beschlossen (rot dargestellt):

#### 1. Änderungen der §§ 3, 4, 5, 8 und 9 des HVM mit Wirkung zum I. Quartal 2025 Umsetzung der Laborreform zum 01.01.2025

Durch die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 709. Sitzung erfolgten umfangreiche Änderungen in der Bewertung der Laborparameter sowie die Einführung neuer Kostenpauschalen. Die neu eingeführten Versandkostenpauschalen sollen durch die im Durchschnitt 10 %-ige Abwertung der Laborparameter gegenfinanziert werden. Gleichzeitig erfolgt die Finanzierung der Kostenpauschalen innerhalb des Vergütungsvolumens „Labor“. Im Weiteren wurde die bisherige Vergütungsquote von bislang mindestens 89 % auf 85 % abgesenkt. Infolge dessen sind die KBV Vorgaben zur Honorarverteilung sowie die im Betreff genannten Regelungen des HVM der KVT anzupassen.

#### - Änderungen im § 3 Abs. (1) Punkte 2.1 und 2.2 HVM:

##### § 3

##### Verteilung der Gesamtvergütung (MGV)

...

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) **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM** 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, **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM**, die im organisierten Notfalldienst erbracht **bzw. abgerechnet** 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,

...

#### - Änderungen im § 4 Abs. (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

...

- (4) Die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels 32 EBM **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 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-% 85 %** 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.

...

**- Änderungen im § 5 Abs. (1) bis (3) und Abs. (4) HVM:**

**§ 5**

**Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

(1) Für die Vergütung

- veranlasster Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderung über Muster 10) **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM**

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-% 85 %** gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V.

(3) Die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32 EBM **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM**, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, erfolgt mit einer Quote in Höhe von **89-% 85 %** gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V.

**- Änderungen im § 5 Abs. (4):**

...

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets unter Berücksichtigung der Quote in Höhe von **89-% 85 %** gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Rheumatologen, Endokrinologen	<b>35,60-34,00</b>
Nuklearmediziner, Hämatologen	<b>18,69-17,85</b>
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	<b>3,56-3,40</b>

...

**- Änderungen im § 8 Abs. (3) Punkte a) und b):**

**§ 8**

**Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

(3) Von diesem verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Abs. (1) und (2) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:

(a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM **ohne die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM, die im Zusammenhang mit Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM abgerechnet wurden**, 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 **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM** und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen auf Anforderung über Muster 10 a des hausärztlichen Versorgungsbereichs. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen **sowie die Kostenpauschalen** werden mit der Quote in Höhe von **89-% 85 %** gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V vergütet.

...

**- Änderungen im § 9 Abs. (5) Punkte a) und b):**

**§ 9**  
**Fachärztliches Vergütungsvolumen**

...

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

- (a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM **ohne die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM, die im Zusammenhang mit Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM abgerechnet wurden**, 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) **sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40089 bis 40095 EBM** und von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen auf Anforderung über Muster 10 a des fachärztlichen Versorgungsbereichs. Die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen **sowie die Kostenpauschalen** werden nach Anwendung der fallwertbezogenen Budgetierung mit der Quote in Höhe von **89-% 85 %** gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V vergütet.

...

**2. Änderungen der §§ 4, 5, 6, 8 und 9 des HVM mit Wirkung zum I. Quartal 2025**  
**Konkretisierung der Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs**

Im Rahmen einer Endabrechnung sollten die Salden des Fremdkassenzahlungsausgleichs des Vorquartals angewendet werden, da diese die später erst feststehenden Beträge wesentlich treffsicherer abbilden.

**- Änderung § 4 Abs. (1):**

**§ 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. **Dabei sind Fremdkassenzahlungsausgleichswerte des Vorquartals zu berücksichtigen.**

...

**- Änderung § 5 Abs. (5):**

**§ 5**

**Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen**

...

- (5) Im Falle eines Unterschusses des Vergütungsvolumens gemäß Abs. (1) unter Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs **des Vorquartals** 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.

**- Änderung § 6 Abs. (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. **Dabei sind Fremdkassenzahlungsausgleichswerte des Vorquartals zu berücksichtigen.**

**- Änderung § 8 Abs. (3) j):**

**§ 8**

**Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (3) j) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den hausärztlichen Versorgungsbereich im **Vorjahres**quartal: 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.

...

**- Änderung § 9 Abs. (3), Abs. (4) und Abs. (5) d):**

**§ 9**

**Fachärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (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. **Dabei sind Fremdkassenzahlungsausgleichswerte des Vorquartals zu berücksichtigen.**

...

- (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. **Dabei sind Fremdkassenzahlungsausgleichswerte des Vorquartals zu berücksichtigen.**

...

- (5) d) Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs für den fachärztlichen Versorgungsbereich im **Vorjahres**quartal: 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.

...

### **3. Änderung der §§ 8 und 9 des HVM mit Wirkung zum I. Quartal 2025** **Konkretisierung des individuellen Punktzahlvolumens**

Zur Konkretisierung der Berechnung des individuellen Punktzahlvolumens wird der § 8 Abs. (5) Satz 2 und der § 9 Abs. (7) Satz 2 des HVM mit Wirkung zum 01.01.2025 wie folgt geändert:

#### **- Änderung des § 8 Abs. (5) Satz 2:**

#### **§ 8** **Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (5) Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. **Berücksichtigt werden dabei alle Leistungen des Vorjahresquartals, die nach den Vorgaben im aktuellen Quartal dem individuellen Punktzahlvolumen (IPV) zuzuordnen sind.** Das individuelle Punktzahlvolumen (IPV) wird bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (3). 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.

...

#### **- Änderung des § 9 Abs. (7) Satz 2:**

#### **§ 9** **Fachärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (7) Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. **Berücksichtigt werden dabei alle Leistungen des Vorjahresquartals, die nach den Vorgaben im aktuellen Quartal dem individuellen Punktzahlvolumen (IPV) zuzuordnen sind.** Das individuelle Punktzahlvolumen (IPV) wird bereinigt um die Leistungen gemäß Abs. (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.

...

**4. Änderung der § 8 Nr. (3) f) des HVM mit Wirkung zum I. Quartal 2025**

**Streichung der Begrifflichkeit sozialpädiatrische Versorgung infolge der Endbudgetierung der Kinderärzte**

Durch die Endbudgetierung der pädiatrischen Leistungen wird § 8 Abs. (3) f) des HVM mit Wirkung zum 01.01.2025 wie folgt geändert:

**- Änderung § 8 Abs. (3) f):**

**§ 8**

**Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (3) 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.

...

**5. Änderung der § 8 Abs. (3) I) des HVM mit Wirkung zum I. Quartal 2025**

**Wegfall der Kennziffer 88240 (SARS-CoV-2 Infektion)**

Infolge der nicht mehr berechnungsfähigen GOP 88240 wird der § 8 Abs. (3) I) des HVM mit Wirkung zum 01.01.2025 gestrichen:

**- Änderung des § 8 Abs. (3) I):**

**§ 8**

**Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

- (3) I) ~~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.~~

...

Ausgefertigt am 06.11.2024

gez. Dr. med. Andreas Jordan  
Vorsitzender der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen