



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Grundsätze der Honorarverteilung



Handbuch für die Mitglieder der KVT

INHALT

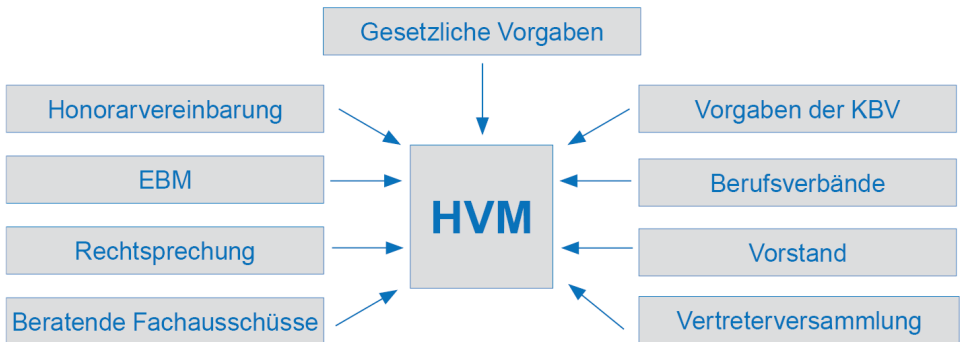
| | Seite |
|--|-------|
| Einleitung | 3 |
| Abkürzungsverzeichnis | 4 |
| Gesamtvergütung | 5 |
| Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung | 6 |
| Extrabudgetäre Gesamtvergütung | 8 |
| Fremdkassenzahlungsausgleich | 9 |
| Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung | 10 |
| Der Honorarverteilungsmaßstab der KVT | 11 |
| Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst/Notfälle und für Laborleistungen | 14 |
| Verteilung des hausärztlichen Vergütungsvolumens | 15 |
| Vergütung für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitels 4 EBM | 18 |
| Verteilung des fachärztlichen Vergütungsvolumens | 18 |
| Transparenz der Honorarverteilung | 20 |

Einleitung

Eine der Kernkompetenzen der Vertreterversammlung ist die Erörterung und die Beschlussfassung über die Verteilung der Gesamtvergütung. Die Honorarverteilung einer Kassenärztlichen Vereinigung ist von grundsätzlicher Bedeutung und gehört damit zu den wichtigsten Aufgaben der Vertreterversammlung.

Die Finanzierungsgrundlagen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen, die durch begrenzte Budgets, notwendige Mengensteuerungen auf verschiedenen Ebenen und letztlich die Verteilung der vorhandenen Geldmittel über die abgerechneten Leistungen geprägt sind, sind so komplex geworden, dass sie kaum noch durchschaut werden können. Transparent und verständlich können die Verteilungsregelungen nur sein, wenn sie einfach sind. Das ist aber nicht mehr der Fall. Die bestehende Komplexität erfordert deshalb Verständnis und Wissen, wie Honorarverteilung funktioniert.

Die Honorarverteilung wird durch viele Einflussfaktoren bestimmt. Zum einen sind das gesetzliche Vorgaben, Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung, aktuelle Rechtsprechungen des Bundessozialgerichts und zum anderen Auswirkungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, Honorarvereinbarungen und KV-spezifische Verteilungsgrundsätze, die bei der Verteilung der Gesamtvergütung eine Rolle spielen.



Abkürzungsverzeichnis

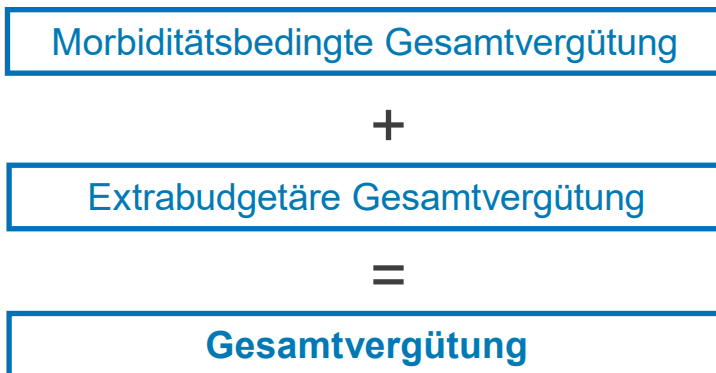
| | |
|------------|--|
| ASV | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung |
| BD | Bereitschaftsdienst |
| BA | Bewertungsausschuss |
| BAG | Berufsausübungsgemeinschaft |
| BB | Behandlungsbedarf |
| BSNR | Betriebsstättennummer |
| EBA | Erweiterter Bewertungsausschuss |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EGV | extrabudgetäre Gesamtvergütung |
| FG | Fachgruppe |
| FGK | Fachgruppenkontingent |
| FZ | Fallzahl |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-Org-WG | Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV |
| GKV-VSG | GKV-Versorgungsstärkungsgesetz |
| GOP | Gebührenordnungsposition |
| GV | Gesamtvergütung |
| HVM | Honorarverteilungsmaßstab |
| IPV | Individuelles Punktzahlvolumen |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KVT | Kassenärztliche Vereinigung Thüringen |
| LANR | Lebenslange Arztnummer |
| LB | Leistungsbedarf |
| LFKZ | Leistungsbedarf Fremdkassenzahlungsausgleich |
| MGV | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung |
| ND | Notdienst |
| NVA | nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs |
| OW | Orientierungswert |
| PFG | Pauschale fachärztliche Grundversorgung |
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch |
| TSVG | Terminservice- und Versorgungsgesetz |
| VG | Vergütungsvolumen |
| VjQ | Vorjahresquartal |
| VR | Veränderungsrate |

Gesamtvergütung

Die gesetzlichen Krankenkassen entrichten für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung. Die Gesamtvergütung bildet gemäß § 85 SGB V „das Ausgabenvolumen für einen Großteil der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“. Nach welcher Systematik die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen, ist insbesondere im § 87a SGB V sowie in ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses (BA) geregelt.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst alle im § 73 Abs. 2 SGB V genannten Leistungen und gilt für die Gesamtheit der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen sowie für den berechtigten Personenkreis nach 264 Abs. 2 bis 6 SGB V mit Wohnort in Thüringen. Auf Grundlage sogenannter Gesamtverträge werden auf der Landesebene die Details zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten in den einzelnen Bundesländern zwischen Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt. Auch die Honorarvereinbarungen, in denen die Höhe der Gesamtvergütung vereinbart wird, sind Teil der Gesamtverträge. Da die Versorgung für alle Versicherten auf der Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches geregelt wird, werden diese Verträge auch Kollektivverträge genannt.

Die Gesamtvergütung gliedert sich in eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und eine extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV).



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart mit den Krankenkassen einheitlich und gemeinsam die MGV und verteilt diese unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) an die Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie andere an der Honorarverteilung Teilnehmende (nachfolgend „Ärzte“ genannt). Die Höhe der MGV ermittelt sich quartalsweise aus dem Behandlungsbedarf (BB) des Vorjahres der in Thüringen wohnenden Versicherten und differiert somit in ihrer Höhe je Krankenkasse. Dabei sind die Vorgaben des BA im Hinblick auf die Morbiditätsveränderung und auf die demographische Veränderung zu berücksichtigen. Konkret ergibt sich die von den Krankenkassen gezahlte MGV aus dem Behandlungsbedarf in Punkten (Mengenkomponente) und dem regionalen Punktwert in Euro (Preis-komponente).

In den regionalen Verhandlungen über die Höhe der MGV ist neben den Empfehlungen des BA auch über die Gewichtung der beiden Veränderungsraten Morbidität und Demographie zu verhandeln. Darüber hinaus können Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur geltend gemacht werden. Entscheidender Punkt ist jedoch, dass die MGV eines Jahres immer im Voraus verhandelt wird. So kann die Kassenärztliche Vereinigung maximal die Geldmenge an ihre Ärzte verteilen, die sie aufgrund der Vorjahreswerte und der mit den Krankenkassen vereinbarten Veränderungsrate mit befreiender Wirkung bekommt.

Eine Ausnahme bilden hierbei die Leistungen des Kapitels 4 EBM ohne die Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM inkl. Suffixe. Denn diese MGV-Leistungen werden entweder auf Basis der ausgezahlten (fortgeschriebenen) Honorarvolumen des 2. Quartals 2022 oder – wenn der angeforderte Leistungsbedarf (LB) darüber hinausgeht – zu 100 Prozent vergütet. Dieser Anteil der MGV kann somit nicht mit befreiender Wirkung gezahlt werden, da Verrechnungen in den Folgequartalen zu berücksichtigen sind.

„Vereinbarte“ Menge an notwendigen Arztleistungen

Preis für die ärztlichen Leistungen

Behandlungsumfang
in Punkten

x

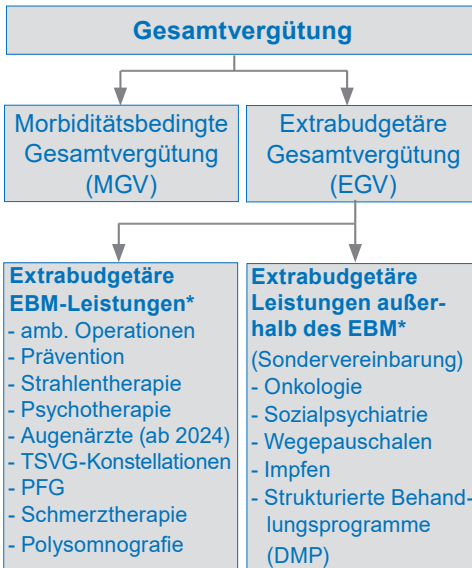
Orientierungswert

Anpassung aufgrund jährlicher Morbiditäts- und Altersentwicklung der regionalen Bevölkerung

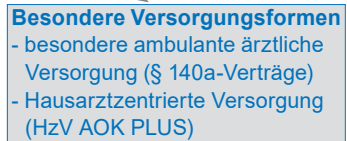
Anpassung aufgrund jährlicher Kostenentwicklung (inkl. Arzthelferinnentarife und Inflation)

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

KOLLEKTIVVERTRAG



SELEKTIVVERTRAG



* beispielhafte Aufzählung

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

Die Krankenkassen stellen Geld für Leistungen bereit, welche außerhalb der MGV zu festen Preisen ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Bei Leistungen der EGV ist den Ärzten somit ein fester Punktwert und damit eine feste Vergütung je Leistung garantiert.

Die gesetzliche Grundlage für die Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen außerhalb der MGV ist § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V. Grundsätzlich empfiehlt der BA ärztliche und psychotherapeutische Leistungen für die EGV. Zudem können die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich solche Leistungen vereinbaren, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Im Honorarvertrag zwischen der KVT und den Krankenkassen werden die Leistungen, die nicht in die MGV einbezogen und außerhalb der MGV vergütet werden, gesondert vereinbart.

Eine Aufstellung der Leistungen ist in Anlage 2 der jeweils gültigen Honorarvereinbarung unter www.kvt.de nachzulesen.



Zu den wichtigsten extrabudgetären Leistungen zählen in Thüringen das ambulante Operieren, die antragspflichtige Psychotherapie, belegärztliche Leistungen, Dialysesachkosten, Präventionsleistungen, Strahlentherapie, Substitutionsbehandlung, Schmerztherapie, Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung, spezifische Immuntherapie, kinderpneumologische Leistungen, die Polysomnografie, die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG), Humangenetik, Terminvermittlung für Praxen und Patienten, Hausarztvermittlungsfall, offene Sprechstunde und augenärztliche Leistungen gemäß Kapitel 6 EBM gültig ab 2024.

Weitere extrabudgetäre Leistungen sind in Sondervereinbarungen sowohl auf der Bundes- als auch auf der Landesebene definiert. Hier handelt es sich nicht um EBM-Leistungen, sondern um darüber hinaus gehende Leistungen, wie z. B. Leistungen aus der Onkologievereinbarung, der Sozialpsychiatrievereinbarung und die Impfvereinbarung auf der Landesebene.

Extrabudgetäre Leistungen können außerdem über besondere Versorgungsformen im Rahmen von Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen vereinbart werden, wie z. B. die hausarztzentrierte Versorgung, die besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme (DMP).

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Für den behandelnden Arzt/Psychotherapeuten spielt es keine Rolle, ob der Patient in Thüringen wohnhaft ist, aus dem sächsischen oder bayerischen Umland kommt oder Tourist aus Hamburg ist. Er rechnet die Leistungen in jedem Fall mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung ab. Was dann im Hintergrund abläuft, ist eines der kompliziertesten Verrechnungsverfahren, die es im Gesundheitswesen gibt – der FKZ.

Die KVT meldet der KBV die Vergütung, die sich aus der Behandlung der Patienten mit Wohnort außerhalb Thüringens ergibt. Die KBV fasst die Forderungen und Verbindlichkeiten für alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet im Rahmen eines sogenannten Clearingverfahrens zusammen und errechnet die gegenseitigen Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hierfür hat die KBV die Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens erlassen.

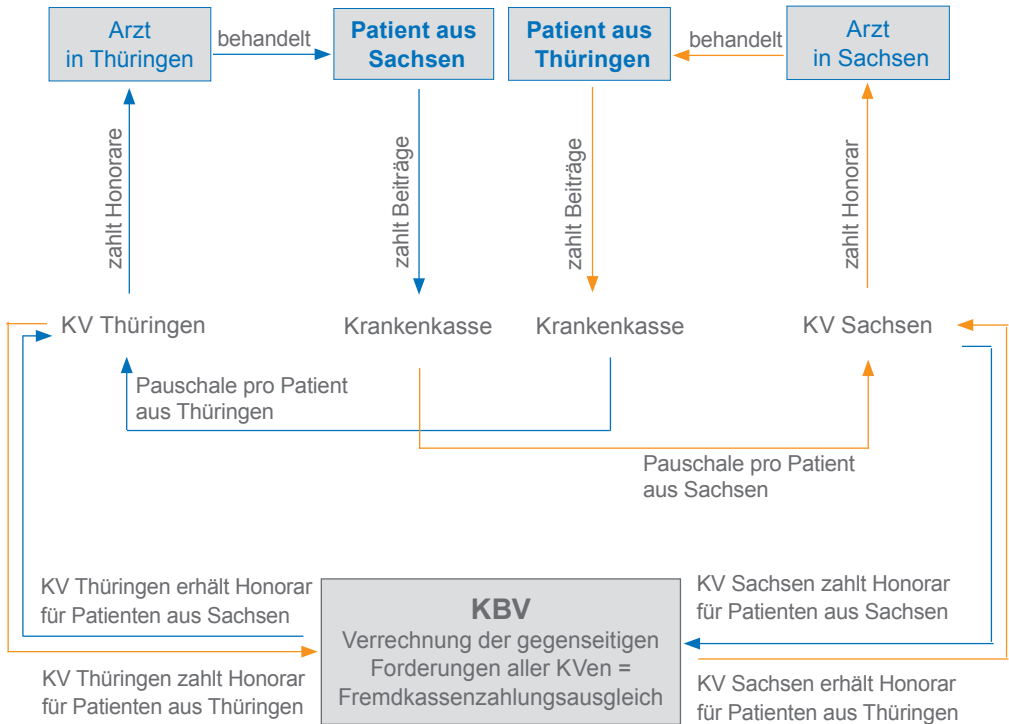
Die KVT ist im FKZ eine sogenannte „Zahler-KV“. Das heißt, die Verbindlichkeiten muss die KVT aus ihrer Gesamtvergütung finanzieren. Dazu werden entsprechende versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge in der Honorarverteilung definiert, um letztlich die Verbindlichkeiten bedienen zu können.

Die folgende Grafik zeigt die Forderungen und Verbindlichkeiten der KVT im Jahr 2022 gegenüber den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen.

| | Gesamt 2022 | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| | Forderungen | Verbindlichkeiten | Saldo |
| MGV – hausärztlicher VB | 9.164.226,48 € | 9.490.176,72 € | -325.950,24 € |
| MGV – fachärztlicher VB | 37.318.566,74 € | 43.193.417,26 € | -5.874.850,52 € |
| EGV | 32.789.535,36 € | 45.427.126,95 € | -12.637.591,59 € |
| Gesamt | 79.272.328,58 € | 98.110.720,93 € | -18.838.392,35 € |

Das bedeutet, dass mehr Thüringer Versicherte von Ärzten in anderen KV-Bereichen, insbesondere in den angrenzenden Bundesländern Bayern, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Sachsen, behandelt werden. Umgekehrt suchen nicht so viele Versicherte aus anderen Bundesländern Ärzte in Thüringen auf.

Funktionsweise des Fremdkassenzahlungsausgleiches



Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Gemäß § 87b Abs. 1 SGB V „verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarte Gesamtvergütung an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung und die von

hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern“.

Die Aufteilung der MGV erfolgt nach den Vorgaben der KBV. Demnach sind Vergütungsvolumen für die Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und für ambulante Krankenhausnotfälle, für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich jeweils ohne Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005 zu bilden.

Im fachärztlichen Vergütungsvolumen werden zusätzliche Anteile zur Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung und für Leistungen des genetischen Labors berücksichtigt. Im Weiteren werden Volumen für kinder- und jugendmedizinische Leistungen des Kapitels 4 EBM mit Ausnahme der Versicherungspauschalen 04003 bis 04005 sowie für Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung gebildet, wobei die Vorgaben der KBV für die Zuschläge in Thüringen keine Relevanz entfalten.

Die Vergütungsvolumen basieren auf Grundbeträgen je Versicherten. Diese Grundbeträge wurden erstmalig aus den Vergütungen in den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 ermittelt und mit der Anzahl der gesetzlich Krankenversicherten sowie den in Thüringen vereinbarten Veränderungen der Gesamtvergütung und des OW weiterentwickelt.

Der Honorarverteilungsmaßstab der KVT

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KVT stellt sicher, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr und getrennt für die haus- und fachärztliche Versorgung verteilt wird. Er dient außerdem der Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit der Ärzte und Psychotherapeuten über ihren Versorgungsauftrag bzw. Ermächtigungsumfang hinaus. Gleichzeitig wird den Ärzten und Psychotherapeuten eine weitgehende Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht. Um dies zu gewährleisten, wurde bei der Verteilungssystematik innerhalb der Fachgruppen auf die Erfahrungen aus den zurückliegenden Honorarverteilungsjahren 2002 bis 2008 zurückgegriffen. Dort wurde bei der Verteilung auf die sogenannte 65/35-Regelung abgestellt. Diese Honorarverteilungsmaßnahme bewirkt, dass bis zu 65 Prozent der anerkannten individuellen Punktzahl des VjQ mit einem festen Punktwert und der darüber hinausgehende Leistungsanteil mit einem floatenden Punktwert vergütet werden. Bei der Ermittlung des floatenden Punktwertes wird sichergestellt, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Cent zur Auszahlung gelangt.

Um eine leistungsgerechte Aufteilung der Vergütung sicherzustellen, bilden die von den Ärzten und Psychotherapeuten auf Basis des EBM abgerechneten Leistungen die Grundlage der Honorarverteilung.

Die Verteilungssystematik zwischen den Fachgruppen erfolgt auf der Basis des Leistungsbedarfsanteils der jeweiligen Fachgruppe im VjQ im Verhältnis zum gesamten Leistungsbedarf, getrennt nach Haus- bzw. Fachärzten. Zudem sind eine Reihe weiterer Vorgaben zur Honorarverteilung, die durch die KBV festgelegt wurden, umzusetzen. Danach hat der HVM beispielsweise der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen.

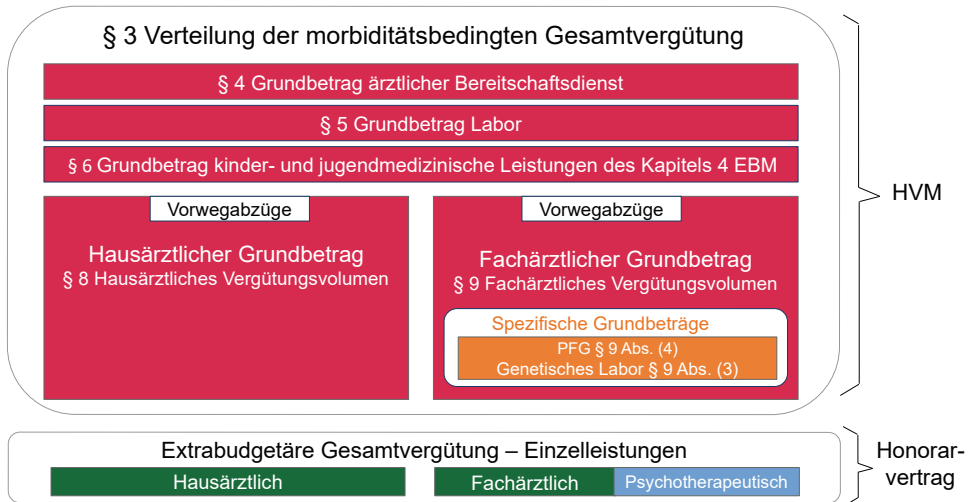
Dies wird durch Zuschlagsregelungen auf das individuelle Punktzahlvolumen bei entsprechenden Konstellationen von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften bzw. von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften realisiert. Für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte werden anstelle von individuellen Punktzahlvolumen zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zur Steuerung der Vergütung der vertragstherapeutischen Tätigkeit gebildet.

Die Vorgaben der KBV sehen ebenfalls Festlegungen und Anpassungen des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung vor (Trennung der Gesamtvergütung), auf welche im HVM vollständig Bezug genommen werden. Die Honorarverteilung der KVT ist von der KBV zertifiziert, das heißt, die KBV hat die Honorarverteilung der KVT auf Übereinstimmung mit ihren Vorgaben hin geprüft und deren Einhaltung bestätigt.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers und der KBV zur Honorarverteilung wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in fünf Bereiche aufgeteilt:

- Laborleistungen,
- Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst und im Notfall,
- Leistungen des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereiches ohne Kapitel 4 EBM,
- Leistungen des Kapitels 4 EBM (mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005)

Schema der Honorarverteilung:



Die Mittel für den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V werden außerhalb dieser Bereiche bereitgestellt. Mit den Mitteln aus dem Strukturfonds werden – unter Kofinanzierung der Krankenkassen – insbesondere die freiwillige fachärztliche Weiterbildung, Niederlassungen etc., nach Maßgabe des Sicherstellungsstatutes der KVT gefördert.

Neben diesen Grundsätzen der Honorarverteilung steht den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Gestaltungsspielraum zu, welcher durch verschiedene Gebote begrenzt wird. Hierzu zählen z. B. das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit und das Gebot der Gleichbehandlung, u. a. durch Vermeidung willkürlicher Behandlung bestimmter Arztgruppen oder Leistungen. Der Gestaltungsspielraum besteht nur im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und auch nur dann, wenn der Gesetzgeber oder der Bewertungsausschuss nicht selbst höherrangige Regelungen getroffen haben.

Soweit die Krankenkassen und deren Landesverbände vertragliche Regelungen mit der KVT getroffen haben, dass Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder im Rahmen von Sonderverträgen zu festen Preisen vergütet werden, ist im Rahmen des HVM sichergestellt, dass die vereinbarten Preise an die Ärzte und Psychotherapeuten weitergereicht und nicht durch Begrenzungsmaßnahmen bzw. durch Umverteilung gemindert werden.

Die Regelungen des HVM sind stets im Kontext einer Vielzahl von Vorgaben, Vereinbarungen und Maßnahmen zu sehen, die in ihrer Summe die dauerhafte Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten. So wird zum Beispiel bei Ärzten, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen drohende Unterversorgung bzw. lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, die mengenbegrenzende Maßnahme der sogenannten 65/35-Regelung ausgesetzt.

Im Jahr 2022 wurden ca. 1,315 Milliarden Euro an ca. 4.500 Ärzte und Psychotherapeuten in eigener Niederlassung oder Anstellung und anderer Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung ausgezahlt. Dabei werden von den Krankenkassen ca. 585 Millionen Euro nach Anforderungen (EGV) und ca. 730 Millionen Euro mit befreiender Wirkung für alle im Freistaat Thüringen erbrachten ambulanten Leistungen eines Jahres gezahlt (MGV).

Vergütungsvolumen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst/ Notfälle und für Laborleistungen

Für Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie von Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser und für die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen werden gesonderte Vergütungsvolumina ermittelt, basierend auf den KBV-Vorgaben für die Honorarverteilung. Liegt das tatsächliche Vergütungsvolumen (angeforderte Leistungen) für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und für Laborleistungen über den hierfür gebildeten Vergütungsvolumen gemäß KBV-Vorgaben, so werden die Differenzbeträge anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag finanziert. Für den Fall, dass das Vergütungsvolumen ausreicht, werden die Differenzbeträge anteilig in das haus- und fachärztliche Vergütungsvolumen zurückgeführt.

Bei der Vergütung der Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes gibt es in Thüringen in der Honorarverteilung eine Besonderheit. Die Abrechnung der ärztlich angefallenen Leistungen erfolgt auf der Basis des EBM. Arztseitig werden die Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst seit dem 3. Quartal 2010 als Pauschalen vergütet. Dabei werden zwischen der Vergütung im allgemeinen und fachärztlichen Bereitschaftsdienst – Anwesenheitspflicht in den Bereitschaftsdienstpraxen oder Portalpraxen – und der Vergütung im fachärztlichen Bereitschaftsdienst – Rufbereitschaft – unterschieden.

Für die Vergütung der Dienste im ärztlichen Bereitschaftsdienst wird eine Bereitschaftspauschale pro Stunde (differenziert nach Tag bzw. Nacht), eine Arzt-/Patientenkontakt-Pauschale im Sitzdienst und im Fahrdienst (differenziert nach Tag und Nacht) gezahlt. Die Vergütung im fachärztlichen Bereitschaftsdienst erfolgt auf der Grundlage einer Tagespauschale sowie einer Pauschale für eigene Patienten und fremde Patienten. Die Vergütung von Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser erfolgt auf der Basis des EBM. Die Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert vergütet.

Für die Vergütung veranlasster Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für die Labor- und Wirtschaftlichkeitsboni wird ein Vergütungsvolumen gebildet. Die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus erfolgt gemäß den Vorgaben der KBV mit 89 Prozent. Die Vergütung der labormedizinischen Untersuchungen des Kapitels 32, die dem Grundbetrag Labor unterliegen, erfolgt ebenfalls mit einer Quote in Höhe von 89 Prozent gemäß den Vorgaben der KBV.

Die Leistungen des Abschnittes 32.3 EBM werden für bestimmte Vertragsärzte und Fachgruppen einer fallwertbezogenen Budgetierung unterzogen. Im Falle eines Unterschusses des Vergütungsvolumens unter Berücksichtigung des FKZ erfolgt eine anteilige Finanzierung aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen auf der Basis der versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen.

Verteilung des hausärztlichen Vergütungsvolumens

Nach der Trennung in die Vergütungsvolumen erfolgt die Honorarverteilung nach Haus- und Fachärzten völlig getrennt voneinander. Dies bedeutet, dass eine Zunahme des Leistungsumfanges in einen der beiden Bereiche nicht zulasten der Vergütung eines anderen Bereiches erfolgt und umgekehrt. Die Verteilungssystematik ist grundsätzlich bei Haus- und Fachärzten vergleichbar, die errechneten Punktwerte für die mengenbegrenzenden Leistungen durch die strikte Trennung aber unterschiedlich. Innerhalb des hausärztlichen Vergütungsvolumens werden nach Berücksichtigung:

Fachgruppenkontingent (FGK)
Hausärzte

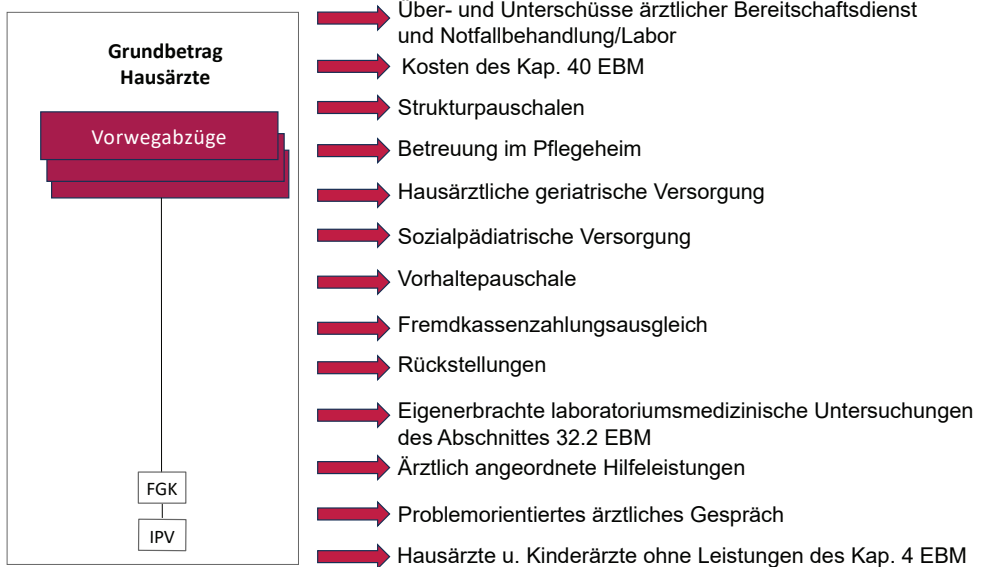
Fachgruppenkontingent (FGK)
Kinderärzte
ohne Leistungen des Kapitels 4 EBM

Der Anteil dieser beiden 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 Vorwegabzüge, ermittelt.

Vor der Bestimmung der beiden Honorarkontingente werden gesonderte Honorarvolumen für die Vergütung bestimmter Leistungen vorweg abgezogen.

Schema der Honorarverteilung Hausärzte:

§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen



Die Verteilung im Rahmen des hausärztlichen Vergütungsvolumens erfolgt, indem dieses auf der Basis der KBV-Vorgaben ermittelte Volumen, zunächst um das Finanzvolumen für eigenständige Leistungsbereiche reduziert wird:

- Vergütung von Kosten des Kapitels 40 des EBM
- Für Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte werden für das Vorhalten und das Abrechnen von bestimmten EBM-Leistungen Strukturpauschalen gewährt.

- Für Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten und Praktische Ärzte wird die Betreuung im Pflegeheim – nur Mitbesuch – gefördert.
- Zur Finanzierung der hausärztlichen geriatrischen Versorgung und der sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt, das sicherstellt, dass diese Leistungen mit dem Orientierungswert vergütet werden können.
- Für die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages wird ebenfalls ein eigenständiges Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt, welches garantiert, dass diese Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden können.
- Verbindlichkeiten für Leistungen im Rahmen des FKZ für den hausärztlichen Versorgungsbereich
- Für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.2 EBM mit einer Quote in Höhe von 89 Prozent.
- Die ärztlich angeordneten Hilfeleistungen werden mit dem Orientierungswert vergütet.
- Die Leistungen des problemorientierten ärztlichen Gespräches werden ebenfalls mit dem OW vergütet.
- Für Rückstellungen im hausärztlichen Vergütungsvolumen, z. B. für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, zur Sicherstellung und Finanzierung des Mindestpunktwertes im Rahmen des individuellen Punktzahlvolumens, für die Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen mit dem Kooperationszuschlag, für Widerspruchsverfahren im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der Abrechnung und für diverse Antragsverfahren.

Sofern die Rückstellungen nicht aufgebraucht werden, werden diese zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des hausärztlichen Vergütungsvolumens aufgelöst und der Honorarverteilung wieder zugeführt.

Das dann noch zur Verfügung stehende finanzielle Volumen wird in die beiden Fachgruppenkontingente für die Haus- und Kinderärzte aufgeteilt, mit denen das individuelle Punktzahlvolumen vergütet wird.

Vergütung für kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitels 4 EBM

Eigenständig und ausschließlich für die Vergütung der Leistungen des pädiatrischen Kapitels 4 EBM (mit Ausnahme der GOP 04003 bis 04005) wird ein Volumen gebildet, indem fortan sichergestellt wird, dass diese Leistungen immer mit dem Orientierungspunktwert vergütet werden.

Verteilung des fachärztlichen Vergütungsvolumens

Die Verteilung des fachärztlichen Vergütungsvolumens erfolgt dem Grunde nach den gleichen Prinzipien wie im hausärztlichen Bereich, jedoch werden aufgrund der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung zwei zusätzliche versorgungsbereichsspezifische Vorwegabzüge bundeseinheitlich definiert, nämlich der sogenannte Grundbetrag für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung (PFG) und der Grundbetrag für das genetische Labor.

Darüber hinaus erfolgen innerhalb des fachärztlichen Vergütungsvolumens vor der Bildung der Fachgruppenkontingente (FGK) Vorwegabzüge für:

- die Vergütung von Kosten des Kapitels 40 EBM,
- nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Kapitels 35.2 EBM sowie der GOP 35150 bis 35152 für Ärzte, denen kein individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet werden konnte,
- 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 10a des fachärztlichen Versorgungsbereichs mit einer Quote in Höhe von 89 Prozent,
- die Vergütung von Leistungen ermächtigter Ärzte und Krankenhäuser sowie von Fachgruppen, denen kein FGK zugeordnet werden kann.

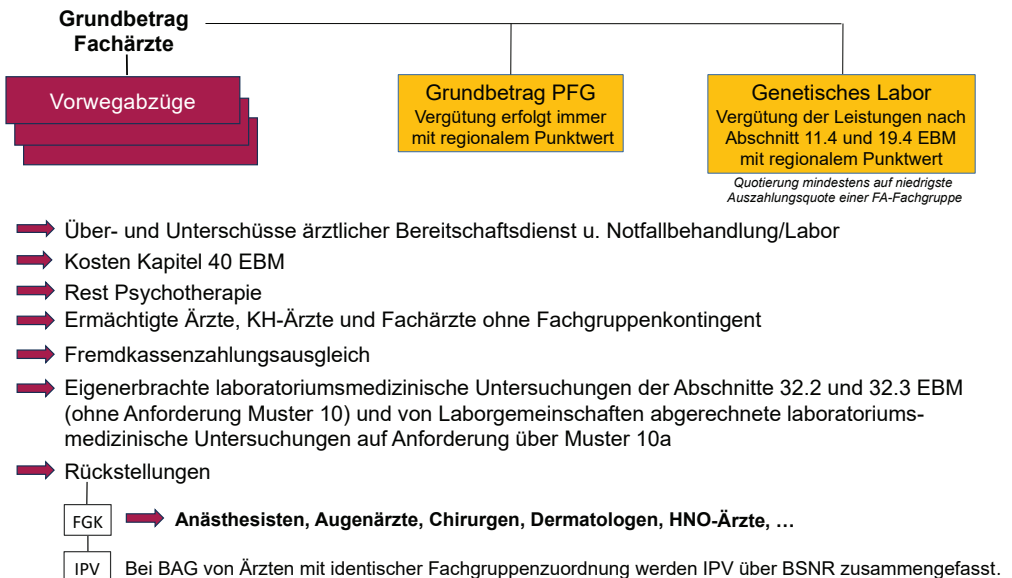
Die Vergütung der Leistungen der PFG erfolgt immer mit dem OW innerhalb der extrabudgetären Gesamtvergütung.

Nach Berücksichtigung der Vorwegabzüge und Rückstellungen (z. B. für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, zur Sicherstellung und Finanzierung des Mindestpunktwertes im Rahmen des individuellen Punktzahlvolumens, für die Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen mit dem Kooperationszuschlag, Widerspruchsverfahren im Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung und für diverse Antragsverfahren) werden innerhalb des fachärztlichen Vergütungsvolumens 28 FGK ermittelt.

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, unter Berücksichtigung der Vorwegabzüge, ermittelt.

Schema der Honorarverteilung Fachärzte:

§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen



Transparenz der Honorarverteilung

Die Vertreterversammlung hat im Honorarverteilungsmaßstab festgelegt, dass die Honorarverteilung in den jeweiligen Fachgruppen nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse quartalsweise analysiert werden. Die Ergebnisse der Analyse sind der Vertreterversammlung zur weiteren Beschlussfassung vorzulegen.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung erhalten:

- quartalsweise eine Übersicht über die Entwicklung der Gesamtvergütung der zurückliegenden Quartale,
- die Entwicklung des durchschnittlichen Bruttohonorars je Arzt und Fachgruppe und
- die Entwicklung des Fallwertes je Fachgruppe.

Ein Bestandteil der Auswertung ist ebenfalls die Honorarentwicklung für das jeweils aktuelle Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal, differenziert nach der Entwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der extrabudgetären Gesamtvergütung. Für die beiden Gesamtvergütungsbestandteile wird außerdem eine Leistungsbedarfsentwicklung über den gleichen Zeitraum analysiert.

Die Stabsstelle Grundsatzfragen Honorar/EBM wertet die Abrechnungsergebnisse eines jeden Quartals nach den Grundsätzen der Honorarverteilung aus und stellt diese den Mitgliedern der Vertreterversammlung dar.

Über diesen QR-Code gelangen Sie zu den jährlichen Honorarberichten der KVT unter www.kvt.de:



Diese stellen für jede Fachgruppe das Bruttohonorar und weitere Kenngrößen des Betrachtungsjahres dar. Dabei wird stets die Veränderung zum Vorjahr ermittelt und ausgewiesen. Für jede Fachgruppe werden zunächst die wichtigsten Kenngrößen dargestellt. Neben dem Bruttohonorar der Fachgruppe werden auch die Behandlungsfallzahl und die Anzahl der Ärzte der Fachgruppe ermittelt.

Die Änderungen der Honorarverteilung werden im Rundschreiben bzw. unter www.kvt.de amtlich bekannt gemacht. Folgen Sie dazu dem QR-Code:



Alle Informationen rund um die Honorarverteilung finden Sie ebenso unter www.kvt.de. Für ein schnelleres Finden nutzen Sie den QR-Code:



Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Redaktion

Stephan Turk, Stabsstelle Honorar/EBM
Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Satz/Layout

Babette Landmann

Titelmotiv

fotolia © 18160006

Redaktionsschluss

November 2023