



**Resolution „Die Budgetierung ist das größte Hemmnis für eine umfassende, qualitäts-
gesicherte ambulante Versorgung“**

Die Vertreterversammlung verabschiedet die Resolution „Die Budgetierung ist das größte Hemmnis für eine umfassende, qualitätsgesicherte ambulante Versorgung“. Die Resolution ist dem Protokoll als Anlage 2 beigelegt.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

**Änderung des HVM in § 8 Abs. (3) h) mit Wirkung zum 1. Januar 2018 – Einsatz von nicht-
ärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen - Umsetzung des Beschlusses vom
08.11.2017, Ergebnisse der Benehmensherstellung mit den Krankenkassen**

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes folgende Änderung des § 8 Abs. (3) rückwirkend zum 1. Januar 2018:

**§ 8
Hausärztliches Vergütungsvolumen**

...

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

...

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

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

...

Ergänzung Abs. (3) j):

- j) Bildung/Auflösung von Rückstellungen im hausärztlichen Vergütungsvolumen gemäß Beschluss des Vorstandes: Die Rückstellungsbeträge dienen insbesondere
- der Berücksichtigung einer Zunahme an Ärzten, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen [Abs. (4)],
 - dem Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (§ 15),
 - dem Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge und Rückstellungen für Widerspruchsverfahren etc.,
 - der Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (5) a) genannten Vergütung des 65 %-igen Anteils der individuellen Punktzahl,



- dem Ausgleich bei der Aufhebung von mengenbegrenzenden Maßnahmen gemäß Abs. (6),
- der Zahlung des Aufschlages auf das individuelle Punktzahlvolumen für Kooperationsformen (§ 10),
- den Antragsverfahren (§ 12)
- **der Sicherstellung der Finanzierung der in Abs. (3) h) genannten Vergütung.**

Der Beschluss ergeht mit einer Stimmenthaltung.

Änderung der Honorarverteilung infolge der Laborreform zum 01.04.2018

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes nachstehende HVM-Änderungen mit Wirkung zum 1. April 2018:

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes

- Einfügung in § 4 neuer Absatz (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) (neu)** 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.

- alter Absatz (4) wird zu Absatz (5)!

- § 5 wird wie folgt geändert:

§ 5

Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

- (1)** Für die Vergütung
- ~~— der Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM);~~
 - ~~— der wirtschaftlichen Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM (GOP 32001 EBM) nach Anwendung der Regelungen in den Ziffern 1. ff. zu den Abschnitten 32.2 (mit Ausnahme der GOP 32880 – 32882) und 32.3 EBM und~~
 - veranlasster Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Kostenerstattung des Kap. 32 (ohne GOPen 32860 bis 32865, ~~32902 bis 32908~~, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, ~~bis 32945~~ und 32946, EBM (Anforderung über Muster 10)
- und



- den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM),

wird gemäß § 3 Abs. (3) ein Vergütungsvolumen gebildet.

- (2) (neu) 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) (neu) Für die Vergütung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kap. 32 EBM, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, wird je Arzt (LANR) ein Individualbudget auf der Basis einer Quote von 89 % gebildet. Hierbei wird je Arzt (LANR) auf der Basis des Vorjahresquartals die anerkannte Anforderung nach sachlich-rechnerischer Berichtigung ermittelt, mit einer Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V bewertet und im Rahmen eines Individualbudgets für das aktuelle Quartal zur Verfügung gestellt. Bei Berufsausübungsgemeinschaften werden die Budgets addiert und als Individualbudget für diese Ärzte in der Betriebsstätte (BSNR) zusammengefasst. Sollte die Anforderung innerhalb der letzten vier Quartale, infolge einer veränderten Zuweisungsstruktur, erheblich schwanken, kann der Vorstand auf Antrag einen Durchschnittswert auf der Basis der letzten vier Quartale als Individualbudget zur Verfügung stellen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Diesem Individualbudget wird die anerkannte Anforderung des aktuellen Quartals nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der Quote in Höhe von 89 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V gegenübergestellt. Bis zum Erreichen des Individualbudgets werden, unter Berücksichtigung des Satzes 3, erbrachte Untersuchungen nicht abgestaffelt vergütet. Für die Anforderung über das Individualbudget hinaus wird eine Mindestquote in Höhe von 35 % gemäß den Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V festgelegt.

- (4) (neu) 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 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderung Muster 10) einer fallwertbezogenen Budgetierung unterzogen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen werden durch eine fallwertbezogene Budgetierung 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.

- (3) (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 ~~E~~ **Nr. 3.5 B Nr. 7.1** nach dem jeweiligen Anteil ~~der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B Schritt 15 auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt. Bei Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1.~~ 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.

- Einfügung eines Absatzes in § 8 Abs. (3) zwischen a) und b) neu:

§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen

...

(3) ...

a) ...

- 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.

- Die weiteren vorhandenen Absätze verschieben sich jeweils; Abs. b) wird zu Abs. c), Abs. c) wird zu Abs. d), Abs. d) wird zu Abs. e) usw.

- § 9 Abs. (3) wird wie folgt geändert:

§ 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 (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, ~~32902 bis 32908~~, **32902, 32904, 32906, 32908**, 32931, 32932, 32937, ~~bis 32945 und~~ 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, ~~32902 bis 32908~~, **32902, 32904, 32906, 32908**, 32931, 32932, 32937, ~~bis 32945 und~~ 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM mit dem regionalen Punktwert vergütet.

Sollte die Höhe des Vergütungsvolumens nicht ausreichen, erfolgt eine Quotierung. Die Quotierung des regionalen Punktwertes darf die Höhe der durchschnittlichen niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb der fachärztlichen Fachgruppenkontingente nicht unterschreiten.

- Einfügung im § 9 Abs. (5) zwischen a) und b) neu:

§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen

(5) ...

a) ...

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.

- Die weiteren vorhandenen Absätze verschieben sich jeweils: Abs. b) wird zu Abs. c), Abs. c) wird zu Abs. d), Abs. d) wird zu Abs. e) usw.

- § 11 wird um einen Absatz (6) ergänzt:

§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/Übernahme einer Praxis/ Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V

...

Abs. (6) (neu): Die Regelungen der Absätze (1) bis (5) gelten analog auch für das Individualbudget gem. § 5 Abs. (3).

- § 12 wird um einen Absatz (3) ergänzt:

§ 12 Antragsverfahren

...

Abs. (3) (neu): Die Regelungen der Absätze (1) und (2) gelten analog auch für das Individualbudget gem. § 5 Abs. (3).



- Ergänzung um eine Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT

**Anlage 2
zum Honorarverteilungsmaßstab der KVT**

**§ 4 Abs. 4 (neu) - Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im
Notdienst**

**Medizinisch ausreichende, notwendige und zweckmäßige laboratoriumsmedizinische Unter-
suchungen 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 32030, 32032)
GGT (GOP 32071)
Kreatinin (GOP 32067)
Troponin T (GOP 32150)
Schwangerschaftstest (GOP 32132)
β-HCG (GOP 32352)
TPZ (GOP 32026).**

- Die bisherige Anlage 2 – Abkürzungen – wird zur Anlage 3 und die bisherige Anlage 3 – Vorgaben der
KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V – wird zur Anlage 4.

Der Beschluss ergeht mit einer Gegenstimme und einer Stimmenthaltung.

**Beauftragung des Vorstandes, eine Erweiterung der Anlage 2 zum Honorarverteilungs-
maßstab zu prüfen**

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand zu prüfen, ob die in „Anlage 2 zum Honorarverteilungs-
maßstab der KVT - § 4 Abs. 4 – Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen
Untersuchungen im Notdienst“ genannte Palette der medizinisch ausreichenden, notwendigen und
zweckmäßigen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen zur überbrückenden Erstversorgung im
Notdienst und in ambulanten Notfälle erweitert werden könnte um:

Harnstoff (GOP 32065)
Lipase (GOP 32073)
TSH (GOP 32101)
FT3 (GOP 32321)
FT4 (GOP 32320)
BNP (GOP 32097)
PTT (GOP 32112)

Der Beschluss ergeht einstimmig.



Durchführung von Informationsveranstaltungen zu den Änderungen im Bereich der Vergütung labormedizinischer Leistungen

Der Vorstand wird aufgefordert, Informationsveranstaltungen für die Mitglieder der KVT durchzuführen, die geplante Änderungen im Bereich der Vergütung labormedizinischer Leistungen und im Bereich des sogenannten Wirtschaftlichkeitsbonus erläutern.

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Änderung des individuellen Punktzahlvolumens für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

Die Vertreterversammlung bestätigt die Beschlussfassung des Vorstands zur Anpassung des individuellen Punktzahlvolumens und damit einhergehend auch die Anpassung der Grundlage für die Berechnung des Fachgruppenkontingentes für das Fachgruppenkontingent 5 (Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie) infolge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 411. Sitzung.

In vorgenannter Sitzung wurden die dem individuellen Punktzahlvolumen unterliegenden Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 sowie 20372 bis 20374 rückwirkend zum 01.01.2018 in deren Bewertung gesteigert. Daraus resultierend muss durch den Bezug auf das Vorjahresquartal, das individuelle Punktzahlvolumen für die 4 Quartale des Jahres 2018 entsprechend angepasst werden.

Hierbei wird bei der Ermittlung des Punktzahlvolumens die Bewertung des Vorjahres für jede einzelne, in der Bewertung veränderte Gebührenordnungsposition, die neue Bewertung angenommen. Die so erhöhten Punktzahlvolumen führen dann auch zu einem erhöhten Leistungsbedarf für das Fachgruppenkontingent 5 (Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie).

Der Beschluss ergeht einstimmig.

Aktueller Sachstand Terminservicestelle und Handlungsbedarf für die zukünftige Vermittlungszentrale

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, die Meldepflicht für Termine an die Terminservicestelle der tatsächlichen Nachfrage entsprechend - differenziert nach Arztgruppen und Regionen - anzupassen.

Der Beschluss ergeht mit drei Gegenstimmen und drei Stimmenthaltungen.