

**Lesefassung
(Stand 22.03.2023)**

**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. Oktober 2022

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	5
§ 5 Vergütung und Steuerung laboratoriumsmedizinischer Leistungen	6
§ 6 Vergütung für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung (GOP 01110 EBM)	7
§ 7 Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen	7
§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen	7
§ 9 Fachärztliches Vergütungsvolumen	12
§ 10 Regelungen für Kooperationsformen	17
§ 11 Regelungen bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit/ Übernahme einer Praxis/Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V	18
§ 12 Antragsverfahren	19
§ 13 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen	19
§ 14 Berücksichtigung von Neuaufnahmen oder Veränderungen der Bewertungen ärztlicher Leistungen des EBM	20
§ 15 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten	20
§ 15 a Ausgleichszahlungen auf der Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V (Pandemie)	21
§ 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	22
§ 17 Honorarbescheid	23
§ 18 Inkrafttreten	24
Anlage 1 - § 4 Abs. (3) "Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst)"	25
Anlage 2 - § 4 Abs. (4) "Vergütung und Steuerung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen im Bereitschaftsdienst"	26
Anlage 3 - § 15 a „Ausgleichszahlungen a. d. Grundlage von § 87b Abs. 2a SGB V (Pandemie)“	27
Anlage 4 - Vorgaben der KBV gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (GKV-VstG)	28
Anlage 5 - Abkürzungen	29

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. Darüber hinaus sind die durch die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung vom 15.09.2020 zugeführten Finanzvolumen in die MGV in Abzug zu bringen und dem gem. § 3 Abs. 2 Nummer 4 (fachärztlicher Grundbetrag) in Verbindung mit § 3 Abs. 3 gebildeten fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen. Im Weiteren werden entsprechend den KBV-Vorgaben gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V, Teil B, Grundbeträge je Versicherten sowie bedarfsabhängige Vorwegabzüge gebildet, die wie folgt definiert sind:
 1. Vorwegabzüge sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bedarfsabhängig aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
 2. Grundbeträge sind je Versicherten zu bildende Beträge, die für laboratoriumsmedizinische Leistungen (Grundbetrag „Labor“), den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Grundbetrag „ärztlicher Bereitschaftsdienst“) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.
 3. Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil B (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.
- (2) Gemäß den KBV-Vorgaben, Teil B, sind folgende Grundbeträge zu bestimmen:
 1. Grundbetrag Labor
 2. Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst
 3. Hausärztlicher Grundbetrag
 4. Fachärztlicher Grundbetrag
 5. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag, genetisches Labor
 6. Versorgungsbereichsspezifischer Grundbetrag, Pauschale fachärztliche Grundversorgung
- (3) Das für die Verteilung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen aus den Grundbeträgen

gemäß Abs. (2), Punkt 1 bis 4 ergibt sich aus der Multiplikation der jeweiligen Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs der MGV berücksichtigt werden.

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

Dieses Volumen wird gebildet aus:

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

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

- (5) Das für die Verteilung zur Verfügung stehende jeweilige Vergütungsvolumen für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge gemäß Abs. (2), Punkte 5 und 6 wird auf der Grundlage der jeweils gültigen KBV-Vorgaben ermittelt, Teil B – genetisches Labor und Pauschalen für fachärztliche Grundversorgung „PFG“.
- (6) Die KV Thüringen stellt sicher, dass die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.

§ 4

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

- (1) Leistungen des organisierten Notdienstes und der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser werden aus dem Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (4) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen vergütet.
- (2) Die Abrechnung der im organisierten Notdienst angefallenen Leistungen erfolgt auf der Basis des EBM (gegenüber den Krankenkassen). Arztseitig werden die Leistungen im organisierten Notdienst als Pauschalen vergütet. Die von der KVT ermittelten Pauschalen sind in der Anlage 1 ausgewiesen.
- (3) Die Abrechnung von Leistungen der Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser erfolgt auf der Basis des EBM. Die Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert vergütet. Krankenhäuser, die mit der KV Thüringen eine Kooperationsvereinbarung zum Betrieb einer Portalpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V in Verbindung mit dem Dreiseitigen Vertrag nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgeschlossen haben, erhalten für die Vergütung ihrer Leistungen in der Notfallversorgung einen Pauschalbetrag. Die Pauschale wird auf der Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung gezahlt.
- (4) Die Vergütung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels 32 EBM, die im ärztli-

chen 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 (ohne GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946 EBM (Anforderung über Muster 10)
- und
- den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM),
- wird gemäß § 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 (ohne GOP 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 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 für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung (GOP 01110 EBM)

Gemäß Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in seiner 633. Sitzung erfolgte eine Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für Thüringen in Höhe eines Volumens von 1.584.048 € für die Behandlung der Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung (GOP 01110 EBM). Dieses Volumen wird dem haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumen wie folgt zugeführt:

Zwei Drittel des Volumens werden dem IV. Quartal 2022 zugeführt. Die verbleibende Differenz wird dem Ausgangsvolumen des I. Quartals 2023 zugeführt. Die Verteilung der jeweiligen quartalsbezogenen Volumen wird auf das haus- bzw fachärztliche Vergütungsvolumen auf der Basis der jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Häufigkeiten an der Gesamthäufigkeit der Anzahl der GOP 01110 EBM ermittelt.

§ 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 Ver-

sorgungsbereichs zuzuführen.

§ 8 Hausärztliches Vergütungsvolumen

- (1) Das hausärztliche Vergütungsvolumen wird gemäß § 3 Abs. (3) unter Berücksichtigung der jeweils gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, ermittelt.
- (2) Für Über- und Unterschüsse des Vergütungsvolumens gemäß § 4 Abs. (1) (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfallbehandlung) sowie des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. (1) (Labor) gelten die Regelungen gemäß § 4 Abs. (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. Spirographische Untersuchung GOP 04330
 2. Sonographische Untersuchung des Abdomens GOP 33042
oder Schilddrüse GOP 33012 oder Säuglingshüfte GOP 33051/01722
 3. Allergologie GOP 30110, 30111 und 30130
 4. Audiometrie GOP 04335

ein zu berechnender Zuschlag (Strukturpauschale) gewährt.

Zur Finanzierung der Strukturpauschale wird dem Fachgruppenkontingent der Kinderärzte ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses ergibt sich aus dem Vergütungsvolumen für diese Leistungen auf der Basis des Vorjahresquartals.

Die Höhe der Strukturpauschale je Fall errechnet sich aus dem Betrag des Vorwegabzuges

geteilt durch die Anzahl der abrechnungsrelevanten Fälle im aktuellen Quartal und steht den anspruchsberechtigten Ärzten zur Verfügung.

- 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 und 4.2.4 wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen für diese Leistungen ergibt sich auf der Basis der von den Krankenkassen für diese Leistungen zur Verfügung gestellten anteiligen zusätzlichen Honorarvolumen auf der Basis der Beschlüsse des 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 EBM GOP 03230 und 04230 sowie 04231 wird ein Vergütungsvolumen zur Verfügung gestellt. Dieses Vergütungsvolumen wird wie folgt berechnet: Das Punktzahlvolumen für diese Leistungen beträgt gemäß Präambel 3.1 Nr. 9 und 4.1 Nr. 12 EBM 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 und 04230 EBM sowie 04231 werden 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 und 04040 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 aufnehmen [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) Im IV. Quartal 2020 und im I. Quartal 2021 werden für jeden Abstrich bei Patienten mit einem begründeten klinischen Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 (Covid-19-typische Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinischen oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie), bei Anwendung der Hygienebestimmungen und bei Meldung an das Gesundheitsamt, zusätzlich 15,00 € vergütet. Voraussetzung ist, dass im Fall die GOP 88240 und 02402 EBM abgerechnet werden.

Für die Vergütung des Zuschlags für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung (GOP 01110 EBM). Hierfür wird das Volumen gem. § 6 herangezogen. Die Leistung soll mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung. Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen im IV. Quartal 2022 unterschritten wird, ist die Differenz dem I. Quartal 2023 zuzuführen. Sofern im I. Quartal 2023 das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem hausärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

- m) 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 auf dieser Basis ermittelten Fachgruppenkontingente sind auf der Grundlage von § 87a Abs. 3 SGB V i. V. mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26.01.2022, insbesondere der Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V für ein Verfahren

zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen, um ein weiteres Volumen (TSVG-Bereinigungsvolumen) zu reduzieren.

Der TSVG-Bereinigungsbetrag wird auf der Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 581. Sitzung vom 26.01.2022 für das I. und II. Quartal 2022 nach Teil A Abschnitt 6 und für das III. und IV. Quartal 2022 nach Teil A Abschnitt 7, unter Anwendung der Abrechnungsdaten für bereichseigene Ärzte hinsichtlich der bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten gebildet. Diese TSVG-Bereinigungsbeträge werden auf die Fachgruppenkontingente bzw. Leistungstöpfe wie folgt aufgeteilt:

Im I. und II. Quartal 2022 erfolgt die Aufteilung auf der Basis der Differenz zwischen den TSVG-Vergütungsvolumina für die Konstellationen „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ des aktuellen Quartals und des entsprechenden Vorjahresquartals. Hierfür wird für jede Fachgruppe ein prozentualer Anteil an der Gesamtdifferenz bestimmt und auf den TSVG-Bereinigungsbetrag angewandt. Dabei bleiben Fachgruppen mit negativer Differenz unberücksichtigt.

Für das III. und IV. Quartal 2022 wird der TSVG-Bereinigungsbetrag je Fachgruppenkontingent ermittelt, in dem der prozentuale-Anteil des TSVG-Umsatzes für die Konstellationen „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ je Fachgruppe am Gesamtvolumen für diese Konstellationen herangezogen wird.

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 Tätigkeitsumfang bzw. dem Versorgungsauftrag ermittelt.

Die ermittelte individuelle Punktzahl ist um den Leistungsbedarf des entsprechenden Vorjahresquartals, 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 Fachgruppendurchschnittes – 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 in der Betriebsstätte (BSNR) zusammengefasst.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und für ihre Tätigkeit im Bereich der KVT eine Ermächtigung besitzen, berechnet sich der Grenzwert der individuellen Punktzahl aus der Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals bis maximal zum Durchschnittswert der vergleichbaren niedergelassenen Fachgruppe.

Für Ärzte, die in anderen KV-Bereichen zugelassen sind und durch Gründung einer KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft per Gesetz im Bereich der KVT tätig werden können, berechnet sich die individuelle Punktzahl aus der Leistungsbedarfsanforderung des Abrechnungsquartals. Die abgerechneten Leistungen werden zu 65 % mit dem regionalen Punktwert und die darüber hinausgehenden Leistungen mit dem floatenden Punktwert der Fachgruppe vergütet. Der sich berechnende Grenzwert darf den mittleren Fachgruppenwert nicht überschreiten.

Ärzte, die im Rahmen des Job-Sharings als Job-Sharing-Junior zugelassen oder angestellt sind, bekommen kein individuelles Punktzahlvolumen. Ihre Leistungsanforderungen des Vorjahresquartals werden zu dem IPV-Grenzwert des anstellenden Arztes (Job-Sharing-Senior) addiert. Auf die Leistungsanforderungen der Job-Sharing-Partner wird kein Kooperationszuschlag gewährt.

Verzichtet ein zugelassener Arzt auf die Hälfte seiner Zulassung, erhält er den hälftigen Wert seines eigenen individuellen Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals zuerkannt.

Bei der Ermittlung des Auszahlungspunktwertes gemäß Buchstabe b) ist sicherzustellen, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Im Weiteren ist sicherzustellen, dass gemäß Buchstabe a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichs quartals (Vorjahresquartal) mit dem regionalen Punktwert vergütet wird. Die ggf. hierfür notwendigen Finanzmittel sind aus den Rückstellungen gemäß Abs. (3) i) zur Verfügung zu stellen.

- (6) Bei Ärzten, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, werden die mengenbegrenzenden Maßnahmen ausgesetzt. 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. (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 (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) zur Verfügung.

Aus dem Vergütungsvolumen werden die Leistungen der Humangenetik nach GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 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.

Sollte das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen für die GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM nicht ausreichen, ist das hierfür notwendige Vergütungsvolumen aus den Rückstellungen gemäß Abs. (5) d) zu entnehmen.

Die Höhe des aus den Rückstellungen zuzuführenden Vergütungsvolumens ist auf den Betrag begrenzt, der eine Vergütung der Leistungen in Höhe der durchschnittlich niedrigsten Auszahlungsquote einer Fachgruppe innerhalb des fachärztlichen Fachgruppenkontingentes garantiert.

Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

- (4) Von dem unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (3) zur Verfügung stehenden Honorarvolumen wird entsprechend § 3 Abs. (5) ein Vergütungsvolumen für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung gebildet und steht für deren Vergütung (Beschluss Bewertungsausschuss/ 311. Sitzung) zur Verfügung. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen dividiert durch die Leistungsanforderungen. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ist mindestens mit dem regionalen Punktwert zu vergüten – das hierfür notwendige Vergütungsvolumen ist den Rückstellungen gemäß Abs. (5) d) zu entnehmen.

Darüber hinaus wird das zusätzliche Vergütungsvolumen gemäß § 3 Abs. (6) zur Ermittlung des Punktwertzuschlages für die Pauschale fachärztliche Grundversorgung "PFG" herangezogen. Der Punktwertzuschlag ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen, dividiert durch die Leistungsanforderungen der Pauschalen fachärztliche Grundversorgung „PFG“.

- (5) Von diesem verbleibenden Honorarvolumen werden unter Berücksichtigung der Absätze (1) bis (4) folgende Vorwegabzüge vorgenommen:
- a) Vergütungen von Kosten des Kapitels 40 EBM innerhalb der MGV des jeweiligen Quartals: Das Vergütungsvolumen ermittelt sich aus dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung und unter Berücksichtigung der für das Abrechnungsquartal gültigen Veränderungsrate der MGV. Sofern im Abrechnungsquartal das versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz den Fachgruppenkontingenten zuzuführen. Bei Überschreitung des versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.
 - b) 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.

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. Für die Vergütung dieser Leistungen wird ein Vergütungsvolumen auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals unter Beachtung der Versichertenentwicklung zzgl. der aktuellen Veränderungsrate zur Verfügung gestellt. Hierbei ist die Entwicklung der Anzahl der ermächtigten Ärzte, Krankenhäuser und Ärzte von Fachgruppen, die nicht in Abs. (6) aufgeführt sind, mittels eines Anpassungsfaktors zu berücksichtigen.

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.

- h) Vergütungen von strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM innerhalb der MGV des jeweiligen Quartals mit den Preisen der Eurogebührenordnung aus dem Vergütungsvolumen gem. § 3 Abs. (1) Satz 2. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung.

Für die Vergütung des Zuschlags für die Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit einer akuten Atemwegserkrankung (GOP 01110 EBM). Hierfür wird das Volumen gem. § 6 herangezogen. Die Leistung soll mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Bei Überschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Quotierung. Sofern im Abrechnungsquartal das Vergütungsvolumen im IV. Quartal 2022 unterschritten wird, ist die Differenz dem I. Quartal 2023 zuzuführen. Sofern im I. Quartal 2023 das Vergütungsvolumen unterschritten wird, ist die Differenz dem fachärztlichen Vergütungsvolumen zuzuführen.

- i) Im IV. Quartal 2020 und im I. Quartal 2021 werden für jeden Abstrich bei Patienten mit einem begründeten klinischen Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 (Covid-19-typische Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinischen oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie), bei Anwendung der Hygienebestimmungen und bei Meldung an das Gesundheitsamt, zusätzlich 15,00 € vergütet. Voraussetzung ist, dass im Fall die GOP 88240 und 02402 EBM abgerechnet werden.

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 auf der Grundlage von § 87a Abs. 3 SGB V i. V. mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 581. Sitzung am 26.01.2022, insbesondere der Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen, um ein weiteres Volumen (TSVG-Bereinigungsvolumen) zu reduzieren.

Der TSVG-Bereinigungsbetrag wird auf der Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses aus seiner 581. Sitzung vom 26.01.2022 für das I. und II. Quartal 2022 nach Teil A Abschnitt 6 und für das III. und IV. Quartal 2022 nach Teil A Abschnitt 7, unter Anwendung der

Abrechnungsdaten für bereichseigene Ärzte hinsichtlich der bereichseigenen und bereichsfremden Versicherten gebildet. Diese TSVG-Bereinigungsbeträge werden auf die Fachgruppenkontingente bzw. Leistungstöpfe wie folgt aufgeteilt:

Im I. und II. Quartal 2022 erfolgt die Aufteilung auf der Basis der Differenz zwischen den TSVG-Vergütungsvolumina für die Konstellationen „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ des aktuellen Quartals und des entsprechenden Vorjahresquartals. Hierfür wird für jede Fachgruppe ein prozentualer Anteil an der Gesamtdifferenz bestimmt und auf den TSVG-Bereinigungsbetrag angewandt. Dabei bleiben Fachgruppen mit negativer Differenz unberücksichtigt.

Für das III. und IV. Quartal 2022 wird der TSVG-Bereinigungsbetrag je Fachgruppenkontingent ermittelt, in dem der prozentuale-Anteil des TSVG-Umsatzes für die Konstellationen „Neupatient“ und „offene Sprechstunde“ je Fachgruppe am Gesamtvolumen für diese Konstellationen herangezogen wird.

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 Punktzahlanforderung abgestaffelte Vergütung wie folgt vorgenommen:

Von der individuellen Punktzahl des Abrechnungsquartals werden je Arzt

- a) bis zu 65 % der individuellen Punktzahl des Vergleichsquartals (Vorjahresquartal) mit dem regionalen Punktwert vergütet,
- b) über 65 % mit einem floatenden individuellen Punktwert vergütet, der sich gemäß nachstehender Berechnungsformel ergibt:

Formel Punktwert b):

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

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

Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) ist die individuell anerkannte Punktzahl im entsprechenden Vorjahresquartal. Das individuelle Punktzahlvolumen (IPV) wird bereinigt um die Leistungen gemäß Absätze (3) bis (5). Die individuelle Punktzahl je Arzt (LANR) wird entsprechend dem Tätigkeitsumfang bzw. dem Versorgungsauftrag ermittelt.

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 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 Vergleichsquartals (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 Praxissitzes 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 Anhebungsbetrag 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 Anhebungsbetrag 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 SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung - CoronaimpfV)“ 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 Versicher-

ten 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.
- (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 Bevollmächtigtenwechsel sind nicht möglich. Eine Onlineabholung des eHon ohne Bevollmächtigung ist nicht möglich.

Die Benachrichtigung über den abholbereiten eHon erfolgt ausschließlich per E-Mail an den Berechtigten/Bevollmächtigten. Der KV Thüringen muss eine gültige E-Mail-Adresse bekanntgegeben werden. Änderungen oder Wechsel dieser E-Mail-Adresse müssen der KV Thüringen unverzüglich mitgeteilt werden.

- (3) In dem Honorarbescheid/eHon ist der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete

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

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

Einrichtung darauf hinzuweisen, dass die Honoraranforderungen nach Maßgabe der Gebührenordnung unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes errechnet und erforderlichenfalls entsprechend berichtigt wurden.

Gegen die Richtigkeit der Honorarabrechnung sowie gegen evtl. Honorarkorrekturen aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes kann der Arzt bzw. der Krankenhausträger oder die ärztlich geleitete Einrichtung binnen eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der KV Thüringen Widerspruch erheben. Soweit dem Widerspruch nicht abgeholfen werden kann, entscheidet der Vorstand der KV Thüringen.

- (4) Der eHon gilt am dritten Tag nach Versendung der zugehörigen Informationsmail der KV Thüringen, welche die Bereitstellung des Bescheides im Dokumentencenter in KVTOP anzeigt, als bekanntgegeben.
- (5) Der KV Thüringen bleibt eine nachträgliche Berichtigung der Honorarabrechnung innerhalb von 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 dem 4. Quartal 2013 anzuwenden. Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten entsprechend der jeweiligen Beschlussfassung der Vertreterversammlung in Kraft.

Anlagen

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | § 4 Abs. (2) - Vergütung und Steuerung von Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (organisierter Notdienst) |
| Anlage 2 | § 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 (CoronaImpfV), 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: 1. Quartal 2021)

- 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



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

VORGABEN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG GEMÄß § 87B ABS. 4 SGB V ZUR HONORARVERTEI- LUNG DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

**DEZERNAT VERGÜTUNG UND
GEBÜHRENORDNUNG**

15. DEZEMBER 2020

LESEFASSUNG

ÄNDERUNGEN GÜLTIG AB 1. QUARTAL 2021

- 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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von mehreren Geschlechtern bei den Personenbezeichnungen verzichtet. Mit der männlichen Personenbezeichnung sind grundsätzlich alle Geschlechter gemeint.

TEIL A

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

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

geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018¹

geändert am 15. Dezember 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gemäß einem im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene festgelegten Verteilungsmaßstab.
2. Dieser hat gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit der Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen über den zugestandenen Versorgungsauftrag oder den Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird.
3. Dabei soll den Ärzten, Psychotherapeuten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Einrichtungen eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.
4. Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V, die unter Berücksichtigung von Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt wird.
5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Vorgaben für die Honorarverteilungsmaßstäbe im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmen.
6. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung keinen Honorarverteilungsmaßstab festgelegt hat, der
 - den gesetzlichen Vorgaben in § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V,
 - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5., und
 - den Vorgaben in Teil B bis G, einschließlich Anlagen entspricht,

werden die im folgenden gelisteten Regelungen aus Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 zu Teil F zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V (GKV-WSG), geändert durch Beschlüsse in der 239., 242., 245., 248. und 256. Sitzung des Bewertungsausschusses analog durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegt:

Regelung nach den Nrn. 1.1, 1.2, 1.3.1 unter Berücksichtigung der sich ggf. aus der Umsetzung der Vorgaben gemäß Teil D ergebenden Aufschläge für die kooperative Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, 1.3.2, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 2., 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

7. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 4. Quartal 2013 ist die Einführung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ zu berücksichtigen.
8. Bei der Festlegung des Honorarverteilungsmaßstabs ab dem 1. Quartal 2021 und bis zum 4. Quartal 2022 ist das Finanzvolumen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung zzgl. eines von der KBV simulierten FKZ-Saldos für die Vergütung des Kapitel 25, quartalsweise zur Verfügung zu stellen.

¹ Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

9. Bei der Vergütung der Gebührenordnungspositionen, die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegen, ist eine Mindestquote in Höhe von 89 % anzuwenden.

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

10. Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM Mengenbegrenzungsmaßnahmen wie beispielweise einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind bei einer fallwertbezogenen Budgetierung je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten.

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

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

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

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

Der Referenz-Fallwert einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums und einer Praxis mit angestellten Ärzten wird als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis der arztgruppenbezogenen Referenz-Fallwerte der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

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

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

Anmerkung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die Einführung verbindlicher individueller Mengensteuerung bei Laboruntersuchungen prüfen. Dabei sind insbesondere die bis dahin gesammelten Erfahrungen mit individuellen Mengensteuerungsmaßnahmen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen. Sofern

die durchschnittliche Mindestquote in Höhe von 89 % in einer Kassenärztlichen Vereinigung in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten wird, sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Teil A Nr. 8 zeitnah zu überprüfen und ggf. anzupassen.

TEIL B

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

beschlossen am 23. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015
geändert am 9. Juni 2015 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 und
geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 und
geändert am 23. August 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016
sowie geändert am 15. November 2017 mit Wirkung zum 1. Januar 2018
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018
geändert am 15. März 2018 mit Wirkung zum 1. April 2018²
geändert am 27. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019
geändert am 4. August 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2020
geändert am 15. Dezember 2020 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021

Präambel

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

1. Definition von Kategorien der Trennungsbeträge je Versicherten und Vorwegabzüge

Diese Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sieht die Bildung verschiedener **Grundbeträge je Versicherten** sowie **bedarfsabhängige Vorwegabzüge** und die Art deren Bestimmung – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind – verpflichtend vor:

- 1.1 **Vorwegabzüge** sind für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung **bedarfsabhängig** aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bildende Vergütungsvolumina, die insbesondere auch zur Sicherstellung der Versorgung und Erfüllung gesetzlicher Aufgaben nach der Festlegung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs gebildet werden können, sofern nicht Rückstellungen im Grundbetrag „Labor“ oder Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ zu bilden sind.
- 1.2 **Grundbeträge** sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“), für alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitel 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“³) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) verpflichtend bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

² Soweit diese Änderungen von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 2. Quartal 2018 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. Juli 2018 umzusetzen.

³ Aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ werden die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppen 41, 44, 45 oder 46 sowie bei Nicht-Vertragsärzten die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegenden Leistungen auf Abrechnungsscheinen mit Scheinuntergruppe 43 vergütet. Bei regional abweichenden Vergütungsmodellen des Bereitschaftsdienstes werden die entsprechenden Aufwendungen ebenfalls aus dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ vergütet.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der GOPen 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) zu bilden sind. Die Bereitstellung der Finanzmittel für die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge erfolgt aus fachärztlichen Finanzmitteln. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge abschließend bestimmt.

Damit sind die zu bildenden Vergütungsbereiche abschließend beschrieben.

2. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Die gemäß diesen KBV-Vorgaben, Teil B nach 2. bis 6. bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anlagen zu Teil B bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.5 und 7 nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß 3. bis 6. festgelegt.

3. Fortschreibung der Grundbeträge

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

3.1 Die Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert.

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

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

3.2 Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den jeweiligen Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

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

3.3 Der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird nach dem jeweiligen Anteil, der entsprechend dem angewandten Trennungsfaktor gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

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

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

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

- 3.4 Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina der Grundbeträge.
- 3.5 In den Vergütungsvolumina der jeweiligen Grundbeträge sind im aktuellen Abrechnungsquartal die notwendigen Bereinigungen, die durch das SGB V vorgesehen sind, sowie Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Anpassungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wegen Anpassungen des EBM zu berücksichtigen. Die Umsetzung erfolgt anteilig aus dem bzw. in den jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags in der Höhe der gemäß dem gesamtvertraglich vereinbarten bzw. vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckelung bestimmten Beträge oder den Empfehlungen des Bewertungsausschusses. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckelungen oder der Addition aufgrund von Eindeckelung sowie der Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 2. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

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

- 3.6 Die Umsetzung der folgenden Regelung wird ab dem Abrechnungsquartal 2020/1 ausgesetzt:
Für den Fall, dass auf Muster 10A bezogene allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:
1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO der auf Muster 10A bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10A“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10A“) ⁴ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
 2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“) ⁵ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
 3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
 4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
 5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.

⁴ Sofern die hierfür notwendigen Daten über die Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Fälle) nicht rechtzeitig zur Honorarabrechnung vorliegen, kann die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Honorarabrechnung dieses Quartals insbesondere auf die entsprechenden Werte des Vorquartals zurückgreifen.

⁵ Analog Fußnote 4

6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

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

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

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

3.7 Die Umsetzung der folgenden Regelung wird ab dem Abrechnungsquartal 2020/1 ausgesetzt:

Für den Fall, dass eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) im Grundbetrag des jeweiligen Versorgungsbereichs durch veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM im Grundbetrag „Labor“ ersetzt werden, sind die Finanzmittel ab dem 2. Quartal 2018 gemäß nachfolgendem Verfahren aus dem Vergütungsvolumen des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags in das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ zu überführen:

1. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO von eigenerbrachten Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) bezogen auf bereichseigene Versicherte wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Eigenerbringung“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Eigenerbringung“)⁶ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
2. Der Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO für auf Muster 10 veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM von bereichseigenen Versicherten wird für das Vorjahresquartal („Referenzwert Muster 10“) und das aktuelle Quartal („Vergleichswert Muster 10“)⁷ jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für eigenerbrachte Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (nicht auf Muster 10) der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei eigenerbrachten Laboratoriumsuntersuchungen liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.

⁶ Analog Fußnote 4

⁷ Analog Fußnote 4

5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Eigenerbringung nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

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

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

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

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 3. gebildeten Vergütungsvolumina aller Grundbeträge, die die gemäß 6. ermittelten Vorwegabzüge beinhalten, nicht der Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals entspricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend den Anteilen der gemäß 2. bestimmten Ausgangswerte eines jeden Grundbetrags dem jeweiligen Vergütungsvolumen des Grundbetrags zugeführt oder entnommen.

5. Berücksichtigung von Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Vergütungsvolumina der haus- und fachärztlichen Grundbeträge mit Ausnahme der nachfolgenden Regelung nicht anzupassen:

- 5.1 Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten haben, in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags.
- 5.2 Für Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 in den Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung genannte Leistungen abzurechnen, und den Versorgungsbereich wechseln, sind basiswirksam die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 infolge des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008 aus dem versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen des hausärztlichen

Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Grundbetrags zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags zuzuführen.

6. Ermittlung von Vorwegabzügen für gesetzliche und vertragliche Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Bereitstellung der benötigten Vergütungsvolumen für Vorwegabzüge gemäß 1.1 erfolgt aus dem jeweiligen Vergütungsvolumen des betroffenen Grundbetrags.

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“ und „PFG“

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß 2. bis 6. abschließend bestimmten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ festgestellt werden, werden diese wie nachfolgend dargestellt angepasst und die dafür notwendigen Finanzmittel wie folgt bereitgestellt:

- 7.1** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.2** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte entsprechend in den jeweiligen Versorgungsbereichen im Abrechnungsquartal der Zahlung gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 11.). Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.3** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „genetisches Labor“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.
- 7.4** Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „PFG“ erfolgt aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Zuführung dieses Überschusses zum Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrags. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben in den Ausgangswerten des Grundbetrags „PFG“ sowie des fachärztlichen Grundbetrags für das Folgejahr unberücksichtigt.

Darüber hinausgehende Anpassungen dürfen nicht durchgeführt werden.

Anmerkungen:

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine wissenschaftlich evaluierten Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt. Sobald diese vorliegen, werden diese Vorgaben entsprechend angepasst.

Die Umsetzung der Regelungen in den Nummern 3.6 und 3.7 wurde aufgrund des geänderten Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten während der Coronavirus-Pandemie ausgesetzt. Die KBV prüft bis zum 31. Dezember 2021, ob und ggf. wie diese Regelungen fortgesetzt werden können

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2016

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

beschlossen am 9. Juni 2015 mit Wirkung für das Jahr 2016

geändert am 31. Mai 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016

geändert am 13. Juni 2017 rückwirkend mit Wirkung zum 1. Januar 2016 (Nr. 5) und 1. Oktober 2016 (Nr. 6)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung gemäß den regionalen Gesamtverträgen nach den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung⁸ die Leistungsbereiche
- a) umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
 - b) allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
 - c) Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 3. und 4. Quartal 2016 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Drittel aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grundbetrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen⁹ den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren; der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

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

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

Das sich durch die Aufhebung des Investitionskostenabschlages ergebene Finanzvolumen wird nach dem Leistungsbedarfsanteil der auf die dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten auf die Grundbeträge aufgeteilt. Dabei wird entsprechend dem letzten ermittelbaren quartalsweisen Leistungsbedarfsanteil der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der jeweils betroffenen Grundbeträge der bereichseigenen Versicherten an dem gesamten Leistungsbedarf der dem Investitionskostenabschlag unterliegenden Leistungen der bereichseigenen Versicherten der Anteil gebildet und das sich damit ergebende Finanzvolumen dem jeweiligen betroffenen Vergütungsvolumen des jeweiligen Grundbetrags basiswirksam zugeführt.¹⁰

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

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

⁸ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

⁹ Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

¹⁰ Sofern die notwendigen Informationen für die Bestimmung des Anteils bezogen auf bereichseigene Versicherte nicht vorliegen, kann hilfsweise die Abgrenzung bereichseigene Versicherte bei bereichseigenen Ärzten herangezogen werden.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2017

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

beschlossen am 31. Mai 2016 mit Wirkung für das Jahr 2017

geändert am 13. Juni 2017 mit Wirkung für das Jahr 2017

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

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

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

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

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

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

3. Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung nach den regionalen Gesamtverträgen gemäß den Empfehlungen des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung¹¹ die Leistungsbereiche
 - a) umfangreiche humangenetische Analysen (Gebührenordnungspositionen 11449 und 11514 EBM),
 - b) allgemeine Tumorgenetik (Abschnitt 19.4.2 EBM) sowie
 - c) Companion Diagnostic (Abschnitt 19.4.4 EBM)

außerhalb der morbiditätsbedingen Gesamtvergütung vergütet werden, ist das Ausbudgetierungsvolumen gemäß o. g. Beschluss entsprechend Teil B, Nr. 3.5 für das 1. und 2. Quartal 2017 anteilig zu einem Drittel aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen und zu zwei Drittel aus dem Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ zu entnehmen. Sofern die bei der erstmaligen Bildung des Grund-

¹¹ Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich

betrags „genetisches Labor“ realisierten Einsparungen¹² den auf das fachärztliche Vergütungsvolumen entfallenden Ausbudgetierungsbetrag unterschreiten, ist der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags der dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Satz 1 dieses Abschnitts zu entnehmen ist, entsprechend zu reduzieren, der Anteil des Ausbudgetierungsbetrags, der auf das Vergütungsvolumen für den Grundbetrag „genetisches Labor“ entfällt, ist entsprechend zu erhöhen.

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

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

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

¹² Von Einsparungen ist auszugehen, wenn bei der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags „genetisches Labor“ gemäß KBV-Vorgaben, Teil G Nr. 1.1, beschlossen am 11. März 2014, der mit 0,85 multiplizierte Leistungsbedarf (Teil G, Nr. 1.1.2) als kleinerer Wert verwendet wurde und nicht die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Teil G, Nr. 1.1.1). Zur Ermittlung der realisierten Einsparungen sind die zwischenzeitlich angewendeten Veränderungen gemäß KBV-Vorgaben, Teil B Nr. 3, zu berücksichtigen.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

ZUR UMSETZUNG DER ANPASSUNG DES GRUNDBETRAGS „LABOR“ UND ZUR ANPASSUNG DER VERGÜ- TUNG DER LEISTUNGEN IM BEREITSCHAFTSDIENST UND NOTFALL

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2018

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

beschlossen am 15. November 2017 mit Wirkung für das Jahr 2018

geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung ab dem 1. April 2018

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

1. Für das 1. Quartal 2018 gilt:

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

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

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

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

2.1 Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

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

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

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“¹³ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.¹⁴

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerische Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert. Der dazu notwendige Ausgleich der Finanzmittel erfolgt analog zu den Regelungen in Teil B, Nr. 7.1.

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

2.2 Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall

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

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Dies gilt nicht für die Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-

¹³ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

¹⁴ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

fall)dienst erbracht werden. Diese werden gemäß Nr. 2.1 dieser Anlage zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen überführt. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

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

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

ZUR UMSETZUNG DER ANPASSUNG DES GRUNDBETRAGS „LABOR“

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2019

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

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

geändert am 27. März 2019 mit Wirkung ab dem 2. Quartal 2019

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen und der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für das 1. Quartal 2019 sowie zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen ab dem 2. Quartal 2019:

Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

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

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

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“¹⁵ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung

¹⁵ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.¹⁶

Für den Fall deutlich unterschiedlicher Höhen der quartalsweise bestimmten rechnerischen Quote kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die rechnerische Quote auch als Durchschnittswert bezogen auf die letzten vier verfügbaren Quartale bestimmt werden. Die so jahresweise bestimmte rechnerische Quote kann auch zur Glättung der Finanzmittel, die im Grundbetrag „Labor“ verbleiben, verwendet werden; dazu wird der im Grundbetrag „Labor“ verbleibende angeforderte Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter des jeweiligen Quartals mit dieser jahresweise bestimmten rechnerischen Quote multipliziert. Der dazu notwendige Ausgleich der Finanzmittel erfolgt analog zu den Regelungen in Teil B, Nr. 7.1.

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

Anpassung der Vergütung humangenetischer Leistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung, Teil B

Für das 2. bis 4. Quartal 2019 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dieser dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im jeweiligen Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01835 bis 01839 angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

¹⁶ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DAS JAHR 2020

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung beschlossen am 27. März 2019 mit Wirkung für das Jahr 2020

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das 1. Quartal 2020 wird dazu das Folgende geregelt:

Anpassung der Vergütung humangenetischer Leistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung, Teil B

Für das 1. Quartal 2020 wird der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags um folgenden Betrag basiswirksam vermindert und dieser dem Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ in gleicher Höhe zugeführt:

Der im Vorjahresquartal für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01835 bis 01839 angeforderte Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Versicherte wird multipliziert mit dem Verhältnis aus Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für bereichseigene Ärzte für diese Gebührenordnungspositionen und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im Vorjahresquartal.

ANLAGE

ZU DEN KBV-VORGABEN TEIL B

GÜLTIG FÜR DIE JAHRE 2021 UND 2022

IM EINVERNEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung beschlossen am 15. Dezember 2020 mit Wirkung für die Jahre 2021 und 2022

Gemäß der Präambel zu den KBV-Vorgaben, Teil B werden zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses oder gesetzlichen Änderungen, die keine grundsätzliche Änderung der in Teil B dargestellten Systematik des Verfahrens zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zur Folge haben, die notwendigen Regelungen in Form eines Anhangs zu Teil B gegeben. Für das 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2022 wird dazu das Folgende geregelt:

Herausnahme der gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführten und gemäß der KBV-Vorgaben Teil A, Nr. 8 besonders behandelten Finanzmittel für die Strahlentherapie aus der Angleichung gemäß Teil B, Nr. 4

Für das 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2022 wird die Summe der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen des aktuellen Abrechnungsquartals um die Finanzmittel für die Strahlentherapie, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und gemäß der KBV-Vorgaben Teil A, Nr. 8 besonders behandelt werden, verringert. Die Finanzmittel werden gemäß KBV-Vorgaben Teil A, Nr. 8 inklusive FKZ-Zahlungen im Sinne eines Honorartopfes bereitgestellt.

Ausgleich von Unterschüssen in Bezug auf die gemäß der KBV-Vorgaben Teil A, Nr. 8 besonders behandelten Finanzmittel für die Strahlentherapie

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- und Überschüsse in Bezug auf die gemäß der KBV-Vorgaben Teil A, Nr. 8 besonders behandelten Finanzmittel für die Strahlentherapie festgestellt werden, kann die dafür ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung aus dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbeitrags erfolgen.

TEIL C

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die mit Beschluss des Bewertungsausschusses empfohlene Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung setzt die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V um. Soweit die hierfür notwendige gesamtvertragliche Vereinbarung nicht vorliegt, erfolgt die Vergütung und Steuerung der psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.

TEIL D

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a) bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden,
 - b) bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird und
 - c) in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.

TABELLE: ANPASSUNGSFAKTOREN IN PROZENT

Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und größer	40

- d) Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: $\text{Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent} = (\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$.
- e) Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
- f) Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktungleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.

3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

TEIL E

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

(UNBESETZT)

TEIL F

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V

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

geändert am 15. Mai 2019 mit Wirkung zum 11. Mai 2019

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 und § 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Ebenso ist gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V der Behandlungsbedarf jeweils begrenzt auf ein Jahr um die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V genannten Leistungen basiswirksam zu bereinigen (Entbudgetierung).

Erfolgt eine Bereinigung nach diesen Vorschriften haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Honorarverteilung nach § 87b Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der (zu erwartenden) Honorare innerhalb der Honorarverteilungsmaßstäbe (im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) zu regeln.
2. Bei der Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars ist sicherzustellen, dass für die gleichen Quartale und in der Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wird.
3. Die Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars erfolgt ausschließlich für den bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Versorgungsumfang (insbesondere Ziffernkranz des Selektivvertrages).
4. Für die Ermittlung der Höhe der Bereinigung des zu erwartenden Honorars sind ausschließlich die kollektivvertraglichen Honorarregelungen nach §§ 83, 85 und 87a SGB V zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Partner der Gesamtverträge heranzuziehen.
5. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen sowie der Vergütungsvolumen der (versorgungsbereichsspezifischen) Grundbeträge werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
6. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.
7. Zur Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars hat die KBV geeignete und neutrale Verfahren gemäß § 87b Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-VSG vorzugeben. Ein geeignetes und neutrales Verfahren ist gegeben, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der arztbezogenen Bereinigung des (zu erwartenden) Honorars und der bereinigten Fallwerte die individuelle Fallzahl bzw. deren Veränderung bei jedem Arzt berücksichtigt; die Umsetzung erfolgt je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung:
 1. Bei Verwendung der Fallzahlen des aktuellen Quartals im Rahmen der Honorarverteilung (beispielsweise Regeleistungsvolumen oder Qualitätsgebundene Zusatzvolumen) ist ein gemäß der gesetzlichen Vorgaben geeignetes und neutrales Verfahren der Honorarbereinigung auf Arzzebene sichergestellt.
 2. Sofern Kassenärztliche Vereinigungen auf Vorjahresfallzahlen basierende Honorarverteilungsinstrumente verwenden, darf bei Ärzten keine individuelle Kürzung der Fallzahl für bislang von ihm nicht betreute Patienten vorgenommen werden.
 3. Wenn andere Arten der Mengensteuerung verwendet werden, ist ein Bereinigungsverfahren entsprechend dem Grundsatz nach Satz 2 anzuwenden.

Eine Kassenärztliche Vereinigung kann zudem bei Vorliegen valider Daten z. B. eine anteilige Berücksichtigung von Selektivvertragsbehandlungen bei einem Selektivvertragsversicherten vornehmen und damit

die Behandlung auf Kollektiv- und Selektivvertrag aufteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann über die dargestellten arztbezogenen Bereinigungsverfahren hinaus weitere Methoden verwenden, die in ihren Auswirkungen dem Grundsatz nach Satz 2 entsprechen.

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

TEIL G

IM BENEHMEN MIT DEM GKV-SPITZENVERBAND

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

Präambel

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

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

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

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

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

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