

**Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG)**

mit Wirkung zum 23. September 2011 bis zum 31. Dezember 2012

- 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 – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})
- Teil C** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- Teil D** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

Teil A

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V (GKV-VStG)

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen gemäß § 87b Abs. 1 SGB V (GKV-VStG) 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 (GKV-VStG) 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 (GKV-VStG), 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 (GKV-VStG) 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 (GKV-VStG),
 - den Vorgaben Teil A, Nr. 2. bis 5.,und
 - den Vorgaben in Teil B bis D, einschließlich Anhang

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, 2.4 ohne die Regelungen, die in Teil C Nr. 1 bereits vorgegeben sind, 2.5., 2.6, 3 (3.1.1 bis 3.9), einschließlich der Anlagen 1 bis 3 und 5 bis 8.

7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird anhand der Transparenzdaten gemäß § 87c SGB V (GKV-VStG) die Inhalte der Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 30. August 2012 überprüfen und ggf. ihre Vorgaben mit Wirkung zum 1. Januar 2013 anpassen. Zur Lieferung der Transparenzdaten wird sie noch eine gesonderte Vereinbarung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen treffen.

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV_{VB})

1. Die zutreffende kassenübergreifende unbereinigte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des entsprechenden Abrechnungsquartals stellt die Ausgangsgröße für die Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens dar und wird gemäß dem Anhang auf den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter Berücksichtigung von 2. bis 5. sowie den Inhalten des Anhangs zu Teil B verteilt. Es entsteht jeweils ein haus- und ein fachärztliches (versorgungsbereichsspezifisches) Verteilungsvolumen.
2. Beim Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Verteilungsvolumen der Versorgungsbereiche unbeschadet der Regelung nach 4. nicht anzupassen.
3. Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung nach dem 1. Juli 2010 eine Genehmigung erhalten, 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 fachärztlichen Vergütungsanteil.
4. 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 die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf dieser Leistungen, soweit sie im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2010 aus dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Vergütungsbereichs gezahlt werden, quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals im Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu bereinigen und dem Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs zuzuführen.
5. Sofern in den Jahren 2012 und 2013 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Aufnahme einer Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA bereinigt wird, ist das hausärztliche Verteilungsvolumen um 70 vom Hundert des aufgrund der Aufnahme der o. g. Vergütungsregelung bereinigten Vergütungsvolumens und das fachärztliche Vergütungsvolumen um 30 vom Hundert des bereinigten Vergütungsvolumens zu reduzieren.

Teil C

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

1. Vergütung und Steuerung psychotherapeutischer Leistungen

Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von Ärzten der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen werden aus dem Vergütungsanteil gemäß Anhang zu Teil B, Schritt 17.) unter Berücksichtigung der für diesen Leistungsbereich im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgenden Zahlungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, wobei für die in 2.1 genannten Arztgruppen, bei denen diese Leistungen der Steuerung durch die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, nur die Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze gemäß 2.2.1 zu berücksichtigen sind. Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zu bestimmen.

Die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von Ärzten gemäß 2.1 können auch innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen aus einem nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen vergütet werden.

2. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

2.1 Anwendungsbereich

Für

- Psychologische Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 2.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 2.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit abgestaffelten Preisen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet.

2.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

2.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 2.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

2.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen (optional)

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 2.1 genannten Arztgruppen kann die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt werden.

2.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen (optional)

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 2.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze ggf. aus der Addition der Werte in 2.2.1 und 2.2.2.

2.3 Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze

Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der ggf. nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen ggf. aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß 1., erster Absatz sowie dem nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ggf. festgelegten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen zu bilden. Ein Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 ist durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG zu bestimmen.

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.

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: Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent = (relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal / 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. schwerpunktgleicher 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 angemessene Rechnung zu tragen.

Anhang zu Teil B

der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Vorgabe zur Berechnung des versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumens

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln mit Wirkung ab dem 3. Abrechnungsquartal 2010 in jedem Abrechnungsquartal aus der für das Quartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung das versorgungsbereichsspezifische Verteilungsvolumen mit folgenden Schritten.

Die folgenden Berechnungen sind ohne Berücksichtigung von Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V durchzuführen. Zur Umsetzung sind in den Schritten 3.), 8.a), 10.) und 18.) bei Vorliegen einer wirksamen Bereinigung für den Aufsatzzeitraum besondere Regelungen vorgesehen. Die Schritte 24.) ff. gelten nicht bei einer wirksamen Bereinigung im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Die Ermittlung der zutreffenden MGV für die Vorwegabzüge in den Schritten 17.), 18.) und 19.) erfolgt unter Berücksichtigung der Entwicklung der der MGV zugrundeliegenden Anzahl der Versicherten im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresabrechnungsquartal.

Ermittlung des Trennungsfaktors

Schritt 1.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Beschluss Teil B, Nr. 6. insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$(\text{ = MGV}^{2009} \text{)}$$

Schritt 2.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen.

(= TVG¹²⁰⁰⁹)

Schritt 3.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

(= TVG²²⁰⁰⁹)

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern im Aufsatzzeitraum 1./2009 und/oder 2./2009 aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, sind zur Bemessung der zutreffenden MGV die Daten der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 gemäß Schritt 8.) zu verwenden. Zur Berücksichtigung der bis zum vorgesehenen Aufsatzzeitraum 1./2009 und 2./2009 eingetretenen Weiterentwicklung des Leistungsbereichs ist der auf der Basis der Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 festgestellte Wert mit dem Faktor 1,049 zu multiplizieren.

Schritt 4.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen ohne die Vergütung, die bereits mit Schritt 3. erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst.

(= TVG³²⁰⁰⁹)

Schritt 5.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Ärzte, Institute und Krankenhäuser) für die Notfallbehandlung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009.

(= TVG⁴²⁰⁰⁹)

Schritt 6.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VG}} = \text{MGV}^{2009} - \text{TVG}_1^{2009} - \text{TVG}_2^{2009} - \text{TVG}_3^{2009} - \text{TVG}_4^{2009}$$

[Formel 1]

Schritt 7.) Feststellung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 1.

$$(= \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009})$$

Schritt 8.) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01310 bis 01312),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(= \text{LAB}^{2007})$$

Schritt 8.a) Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für der Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
- Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$(= \text{LAB}^{2009})$$

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V entfällt Schritt 8.a).

- Schritt 9.)** Ermittlung des für die Abrechnungsquartale 1./2007 und 2./2007 insgesamt zutreffenden Honorars (Honorar für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener und bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$LAB_{HÄ}^{2007} = VG(\text{Kosten Kap.32})_{HÄ}^{2007} + VG(\text{GOP 32001})_{HÄ}^{2007}$$

[Formel 2]

- Schritt 10.)** Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die zur hausärztlichen Versorgung zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Vertragsärzte für
- die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (GOP 32001),
 - Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2HÄ}^{2009} = LAB_{HÄ}^{2007} / LAB^{2007} \times LAB^{2009} - LFKZ_{HÄ}^{2009}$$

[Formel 3]

wobei $LFKZ_{HÄ}^{2009}$ den Saldo aus den Forderungen für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichsfremder Versicherter durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für die Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichsfremde Hausärzte bezeichnet.

Bei wirksamer Bereinigung im 1. und/oder 2. Quartal 2009 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V wird die Formel 3 durch die folgende ersetzt:

$$TVG_{2HÄ}^{2009} = LAB_{HÄ}^{2007} \times 1,049 - LFKZ_{HÄ}^{2009}$$

- Schritt 11.)** Ermittlung der Anzahl der in den Abrechnungsquartalen 1./2009 und 2./2009 durchschnittlich an der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen KV-Bezirk teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Dabei werden zugelassene und angestellte Vertragsärzte jeweils gemäß ihres Umfangs an der vertragsärztlichen Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid, ermächtigte Institute und Krankenhäuser jeweils mit dem Faktor 1 sowie die Anzahl der Ermächtigungen gezählt. Vertragspsychotherapeuten werden bei der Zählung nicht berücksichtigt.

Schritt 12.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM bzw. vereinbarten Vergütungen für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, je Arzt gemäß Schritt 11.)

$$\text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} = \text{TVG}_3^{2009} / \text{Anzahl der Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 4]

Schritt 13.) Ermittlung der für die Abrechnungsquartale 1./2009 und 2./2009 insgesamt zutreffenden durchschnittlichen MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst, für die zu diesem Zeitpunkt im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzte bzw. MVZ.

$$\text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009} = \text{TVG}_3^{2009} \text{ je Arzt} \times \text{Anzahl der dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnenden Ärzte gem. Schritt 11.}$$

[Formel 5]

Schritt 14.) Ermittlung der für den Trennungsfaktor zutreffenden trennungsrelevanten hausärztlichen kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

$$\text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} = \text{MGV}_{\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{2\text{HÄ}}^{2009} - \text{TVG}_{3\text{HÄ}}^{2009}$$

[Formel 6]

Schritt 15.) Ermittlung des Trennungsfaktors.

$$\text{TF} = \text{Trennung}_{\text{VGHÄ}} / \text{Trennung}_{\text{VG}}$$

[Formel 7]

Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 16.) Feststellung der für das Abrechnungsquartal zutreffenden kassenübergreifenden unbereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV für bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für das entsprechende Abrechnungsquartal insgesamt für die im Abrechnungsquartal zutreffende Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnsitz im Bereich des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, MVZ, ermächtigten Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen.

$$(\text{ = MGV}_{\text{KV}}^{\text{Quartal}})$$

Schritt 17.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte und -psychotherapeuten) für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V genannten Arztgruppen, zzgl. der Anpassung gemäß Beschluss Teil B, 3.3, für diejenigen ärztlichen Leistungen und Kostenerstattungen, die in der kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 enthalten sind.

$$TVG_1^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{Kap. 35.2 EBM}) \times VR + 0,001722 \times MG_{KV}^{\text{Quartal}}$$

[Formel 8]

Schritt 18.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für

- die Konsiliar- und Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (GOP 12210 und 12220 EBM),
- die Grundpauschale für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 01320),
- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_2^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ} (\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 9]

Vorgehen bei wirksamer Bereinigung ab dem 3. Quartal 2010 aufgrund des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 73b, 73c und 140d SGB V: Sofern für das Vorjahresabrechnungsquartal aufgrund von Selektivverträgen keine vollständigen Daten zum o. g. Leistungsbereich vorliegen, ist das entsprechende, aktuellste noch vollständige Quartal eines Vorjahres zu verwenden.

Schritt 19.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und um die für das entsprechende Abrechnungsquartal gültige Veränderungsrate (VR) gesteigerten MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 18.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser.

$$TVG_3^{\text{Quartal}} = VG_{VJQ}(\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 10]

Schritt 20.) Ermittlung der Teilvergütung in Höhe von 0,1635 vom Hundert aus $MGV_{KV}^{\text{Quartal}}$ gemäß Beschluss Teil B, 3.3. gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009

$$TVG_4^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} \times 0,001635$$

[Formel 11]

Schritt 21.) Ermittlung des trennungsrelevanten versorgungsbereichsübergreifenden Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

$$V_{\ddot{u}V_{KV}}^{\text{Quartal}} = MGV_{KV}^{\text{Quartal}} - TVG_1^{\text{Quartal}} - TVG_2^{\text{Quartal}} - TVG_3^{\text{Quartal}} - TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 12]

Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 22.) Ermittlung des hausärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{u}V_{KV}}^{\text{Quartal}} \times TF + TVG_4^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 13]

Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens in einem Abrechnungsquartal

Schritt 23.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens

$$VV_{F\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = V_{\ddot{u}V_{KV}}^{\text{Quartal}} - VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 14]

Konvergenz für die Anpassung der versorgungsbereichsspezifischen Verteilungsvolumen (gilt nicht bei wirksamer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund von Selektivverträgen im Vergleichszeitraum des Vorjahres)

Schritt 24.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) in der Abgrenzung wie in Schritt 16.) gesteigert um die Veränderungsrate(n) (VR) im Beschluss des Bewertungsausschusses für das entsprechende Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung der in diesem Anhang aufgeführten Bereinigungsvorschriften

$$MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} = MGV_{KV}^{VJQ} \times VR$$

[Formel 15]

Schritt 25.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für

- die GOP 32001,
- Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM.

$$TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ}^{H\ddot{A}} (\text{Labor}) \times VR$$

[Formel 16]

Schritt 26.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal zutreffenden und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses mit VR angepassten, für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden MGV (MGV für die entsprechende Behandlung bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) für die abgerechneten Leistungen und Kostenerstattungen des EBM ohne Vergütung, die bereits mit Schritt 25.) erfasst ist, für den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst und für die Notfallbehandlung während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Institute und Krankenhäuser

$$TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} = VG_{VJQ} (\text{NFD}) \times VR$$

[Formel 17]

Schritt 27.) Ermittlung der für das Vorjahresabrechnungsquartal für den hausärztlichen Versorgungsbereich zutreffenden kassenübergreifenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnete MGV für bereichseigene und bereichsfremde Hausärzte) als Vergleichsgröße für das hausärztliche Verteilungsvolumen gemäß Schritt 22.)

$$VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} = MVG_{1H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{2H\ddot{A}}^{VJQ} - TVG_{3H\ddot{A}}^{VJQ} + TVG_{4}^{\text{Quartal}} \times 0,15$$

[Formel 18]

Schritt 28.) Sofern das hausärztliche Verteilungsvolumen um mehr als 5 % von der Vergleichsgröße gemäß Schritt 27 abweicht, so ist das hausärztliche Verteilungsvolumen nach Konvergenz mit der um 5 % veränderten Vergleichsgröße gemäß Schritt 27.) festgelegt:

$$\begin{array}{ll} KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} & \text{falls } 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ & \leq VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ & \leq 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ \\ KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} & \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ & < 0,95 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \\ \\ KVV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} = 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} & \text{falls } VV_{H\ddot{A}}^{\text{Quartal}} \\ & > 1,05 \times VV_{H\ddot{A}}^{VJQ} \end{array}$$

Schritt 29.) Ermittlung des fachärztlichen Verteilungsvolumens nach Konvergenz

$$KVV_{FÄ}^{\text{Quartal}} = VüV_{KV}^{\text{Quartal}} - KVV_{HÄ}^{\text{Quartal}} + TVG_4^{\text{Quartal}}$$

[Formel 19]

Feststellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Begriff „zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ im Anhang zu den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG), Schritte 7.), 10.), 13.) und 24.) bis 27.):

Die für den Versorgungsbereich bzw. Leistungsbereich zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesem Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Hausärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Hausärzte.