

**Honorarverteilungsmaßstab
Änderungen mit Wirkungen zum 1. Juli 2014**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- nachfolgend KV Berlin genannt -**

im Benehmen mit

**der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,**

den Ersatzkassen,

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit

KKH - Kaufmännische Krankenkasse

HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg,**

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover,**

**der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,**

der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin

sowie

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als land-
wirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

**für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Ge-
samtvergütungen gemäß §87b SGB V**

Der Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin nach dem Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. November 2013 wird mit Wirkung zum 1. Juli 2014 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 27. März 2014 wie folgt geändert:

1. § 8 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Regelleistungsvolumina und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina werden je Arzt bzw. Praxis je Versorgungsbereich ermittelt. Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.“

2. § 9 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Soweit die Durchschnittsfallzahl der AG 01 unter 900 Fälle liegt, wird die Durchschnittsfallzahl der AG 01 auf 900 Fälle gesetzt.“

3. Der bisherige § 12 wird Absatz 1 von § 12.

4. In § 12 wird folgender Absatz 2 neu eingefügt:

„Ein neu niedergelassener Arzt erhält die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) des Vorgängerarztes auf Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Für qualifikationsgebundene Zusatzvolumen, die genehmigungspflichtige Leistungen enthalten, muss zum Zeitpunkt der Zuweisung eine Abrechnungsgenehmigung vorliegen. Soweit von dem neu niedergelassenen Arzt im Abrechnungsquartal tatsächlich eine Leistung aus dem zugewiesenen QZV erbracht wurde und eine höhere RLV-Fallzahl im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht wurde, erfolgt eine Fallzahlenanpassung in Höhe der anerkannten RLV-Fallzahl. Ein Wachstum entsprechend § 12 Abs. 1 für leistungsfallbezogene QZV in Höhe der erbrachten Leistungsfälle bis zum Fachgruppendurchschnitt kann nur auf Antrag erfolgen.

Soweit dem neu niedergelassenen Arzt eine neue Abrechnungsgenehmigung für QZV-Leistungen erteilt worden ist, kann auf Antrag des Arztes eine Zuweisung des entsprechenden QZV vorgenommen werden. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen auf der Basis der durchschnittlichen, für das jeweilige QZV relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Bei leistungsfallbezogenen QZV muss diese Fallzahl im Abrechnungsquartal auch tatsächlich erreicht werden. Anderenfalls wird die tatsächliche Fallzahl herangezogen.

Soweit es keinen Vorgängerarzt gibt, gelten die Regelungen der Sätze 5 bis 8 entsprechend.“

5. In der Anlage 2 wird die Fußzeile der Tabelle „1.2 Fachärztlicher Versorgungsbereich“ wie folgt neu gefasst:

„Die Bezeichnung „(Versorgungs-)Schwerpunkt“ bei den AGn 18 – 25 und AG 39 bestimmt sich nach dem Versorgungsauftrag/Versorgungsschwerpunkt, mit dem der jeweilige Vertragsarzt zu vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist oder einer entsprechenden Genehmigung gemäß der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (Deutsches Ärzteblatt/ Jg. 102/ Heft 1-2/ 10. Januar 2005).“

6. In der Anlage 1 des HVM (Auszug aus den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung) werden aufgrund der Anpassungen der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch den Beschluss des Vorstandes der KBV am 11. März 2014 die angepassten Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung (Teil B), zur Ermittlung der Grundbeträge für das genetische Labor (Teil G) und für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (Teil H) ausgetauscht (ANLAGE 1).

Berlin, 15.05.2014

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Eva-Maria Schweitzer-Köhn
Stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung

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
verlängert und geändert durch Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 21. November 2012, 16. Mai 2013, 25. Juni 2013, 1. Juli 2013
und 11. März 2014

mit Wirkung vom 1. Oktober 2013

-
- | | |
|---------------|--|
| Teil A | Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)</i> |
| Teil B | Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung – Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VV _{VB})
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)</i> |
| Teil C | Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 21. November 2012)</i> |
| Teil D | Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen
<i>(Stand: Beschluss des Vorstandes am 15. Dezember 2011)</i> |
| Teil E | Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)</i> |
| Teil F | Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 25. Juni 2013)</i> |
| Teil G | Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor)
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)</i> |
| Teil H | Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)
<i>(Stand: Anpassung durch Beschluss des Vorstandes am 11. März 2014)</i> |

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

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

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

Teil B

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

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 „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ zu bilden sind.
- 1.2 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.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

- 1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge** sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik gemäß KBV-Vorgaben, Teil G (Grundbetrag „genetisches Labor“) und für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß KBV-Vorgaben, Teil H (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.

Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

2. Erstmalige Bestimmung der Höhe und Feststellung der Ausgangswerte und Grundbeträge

2.1 Feststellung der Ausgangswerte für die Grundbeträge

Die Ausgangswerte für die Bildung der **Grundbeträge „Labor“** und **„ärztlicher Bereitschaftsdienst“** in einem Abrechnungsquartal stellen die gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B unter Berücksichtigung der im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten bestimmten Vorwegabzüge für laboratoriumsmedizinische Leistungen (TVG₂ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 18.) und den von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Not(fall)dienst (TVG₃ gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 19.) dar.

Die Ausgangswerte für die Bildung der **haus- und fachärztlichen Grundbeträge** in einem Abrechnungsquartal sind das gemäß den im jeweiligen Vorjahresquartal gültigen KBV-Vorgaben, Teil B auf Basis der von den Krankenkassen tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen bestimmte hausärztliche Verteilungsvolumen (VV_{HÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 22.) und das fachärztliche Verteilungsvolumen (VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23.) jeweils zzgl. des Anteils der im Vorjahresquartal vor Trennung in den Versorgungsbereichen gebildeten Rückstellungen in Höhe des Betrages, der nach den im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktoren auf den Versorgungsbereich entfällt. Ggf. gebildete versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen sind Bestandteil des jeweiligen Verteilungsvolumens. Zusätzlich sind im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Quartale 1/2014 bis 3/2014 die Finanzmittel aus der Erhöhung des bereinigten Behandlungsbedarfs zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung² sowie in 3/2014 der quartalweise bereitgestellte Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung in Abzug zu bringen.

Es werden zudem in jedem Abrechnungsquartal die **versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für „genetisches Labor“** und **„PFG“** verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Die Bestimmung der Ausgangswerte erfolgt für den Grundbetrag „genetisches Labor“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil G, wobei die Finanzmittel für den Grundbetrag „genetisches Labor“ dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zu entnehmen sind, und für den Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H.

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

2.2 Korrektur der Ausgangswerte der Grundbeträge im aktuellen Abrechnungsquartal

2.2.1 Es ist folgende Korrektur bezogen auf die Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen vorzunehmen:

Übersteigt der im 4. Quartal 2012 für die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet der im 4. Quartal 2012 an die betroffenen Ärzte für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen gebildete Vorwegabzug „Psychotherapie“ gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im 4. Quartal 2010 gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 und 2012, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (4. Quartal 2012) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Übersteigt im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen³ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag zugeführt.

Unterschreitet im 1. bis 3. Quartal 2013 das Ausdeckelungsvolumen¹ der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen den entsprechend dem Be-

³ Das Ausdeckelungsvolumen ist der für das jeweilige Quartal (1/2013 bis 3/2013) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses, Teil A, *Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs und zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen sowie Empfehlungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013* in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012, Nr. 2.2.1 ermittelte abzuziehende Behandlungsbedarf multipliziert mit dem für das Jahr 2013 regional vereinbarten Punktwert. Für den Fall, dass die Ausdeckelung nicht in allen Quartalen erfolgte, ist in diesen analog das Verfahren, wie für das 4. Quartal beschrieben, anzuwenden.

schluss des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010, Teil F, Anhang 1 zu Anlage 4, Schritt 17.) im jeweiligen Quartal (1. Quartal 2011, 2. Quartal 2011 und 3. Quartal 2010) gebildeten Vorwegabzug „Psychotherapie“, gesteigert um die vereinbarten Veränderungsdaten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Jahre 2011 (nur 3. Quartal 2010), 2012 und 2013, wird der Anteil in Höhe des Betrages, der nach dem im Vorjahresquartal (1. bis 3. Quartal 2013) angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfällt, dem Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag entnommen und dem Ausgangswert für den fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

2.2.2 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, sind 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 Grundbetrag und dem versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „PFG“ gemäß den KBV-Vorgaben, Teil H zuzuführen. Der Ausgangswert für den Grundbetrag „Labor“ wird entsprechend verringert.

2.2.3 Für das 4. Quartal 2013 ist der Ausgangswert für den hausärztlichen Grundbetrag um den Anteil an dem je KV-Bezirk bereitgestellten Betrag gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 295. Sitzung zu erhöhen, der gemäß dem im Vorjahresquartal angewandten Trennungsfaktor gemäß KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen ist.

Im 4. Quartal 2013 ist dieser dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführte Betrag von den Steigerungen nach 3.1 und 3.2 ausgenommen.

2.2.4 Für die Bereitstellung von Finanzmitteln für den Grundbetrag „PFG“ auf Basis der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden nachfolgend genannten Zuwächse des Jahres 2013 ist der Ausgangswert des fachärztlichen Versorgungsbereichs für das 1. bis 3. Quartal 2014 um die gesamten Finanzmittel zu reduzieren, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und gegebenenfalls nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 ergeben haben.

2.3 Die gemäß 2.1. und 2.2. festgelegten Ausgangswerte für die Grundbeträge des aktuellen Abrechnungsquartals werden, mit Ausnahme der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“, für die die Regelungen in Teil G bzw. Teil H gelten, durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich versichertenbezogene Grundbeträge ergeben.

Anpassung der Grundbeträge

3. Fortschreibung der Grundbeträge

Nach der Ermittlung der Grundbeträge für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß 2. erfolgt die Fortschreibung der haus- und fachärztlichen Grundbeträge sowie der Grundbeträge „Labor“ und „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ nach folgendem Verfahren.

Für die Fortschreibung der Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H.

3.1 Die Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie der haus- und fachärztliche Grundbetrag des aktuellen Abrechnungsquartals werden unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V und einer

gegebenenfalls zusätzlich erfolgten Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V gesteigert. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden. Die Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 nicht auf den Grundbetrag „Labor“ anzuwenden. Gegebenenfalls zusätzlich erfolgte Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V werden nicht auf den Grundbetrag „Labor“ angewendet, es sei denn, gesamtvertragliche Regelungen stehen dem entgegen.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 sind diese Fortschreibungen nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.2** Zusätzliche spezifische Veränderungen der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztliche Grundbetrags 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. Diese Regelung ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 31. Dezember 2013 nicht auf den fachärztlichen Grundbetrag anzuwenden, ausgenommen gesamtvertraglich für bestimmte Verwendungen vereinbarte Steigerungen bzw. Beträge.

Eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist bei den Grundbeträgen „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie dem haus- und fachärztliche Grundbetrag entsprechend den Regelungen in den regionalen Gesamt- bzw. Vergütungsverträgen zu berücksichtigen.

Im 4. Quartal 2013 ist diese Fortschreibung nicht auf die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 anzuwenden.

- 3.3** Der Betrag aus der Multiplikation der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V mit dem Grundbetrag „Labor“ wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 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 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.

- 3.4** 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.

Ab dem 1. Oktober 2014 wird der Betrag aus der Multiplikation gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V mit dem Grundbetrag „PFG“ dem fachärztlichen Grundbetrag zugeführt.

- 3.5** Für das 1. bis 4. Quartal 2014 ist der hausärztliche Grundbetrag um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich quartalweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung⁴ ergibt, dividiert

⁴ Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung am 29. August 2013, Teil A, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 18. Dezember 2013

durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind im 1. bis 4. Quartal 2014 von den Anpassungen in 3.1 und 3.2 ausgenommen.

- 3.6** Aus der Multiplikation der Grundbeträge „Labor“ und „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ sowie des haus- und fachärztlichen Grundbetrags mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina. Für die Grundbeträge „genetisches Labor“ und „PFG“ gelten die Regelungen in Teil G bzw. Teil H. Bei der Bildung des hausärztlichen Vergütungsvolumen im 4. Quartal 2013 werden die dem hausärztlichen Grundbetrag zugeführten Finanzmittel gemäß 2.2.3 abweichend von der Regelung im vorherigen Absatz mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendeten Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 3.7** 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 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 Verfahren der Bereinigung bzw. Ein- oder Ausdeckung bestimmten Beträge. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckungen oder der Addition aufgrund von Eindeckung bleiben die Bereinigungen in den Ausgangswerten gemäß 8. der jeweiligen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

4. Angleichung an die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Soweit die Summe der gemäß 2. bis 3. sowie gemäß KBV-Vorgaben, Teil G und Teil H 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 Grundbetrag 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.

Ausgleich von Unter- und Überschüssen

7. Ausgleich von Unter- und Überschüssen in Bezug auf die Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „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 „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ 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 gemäß KBV-Vorgaben, Teil E, Nr. 3.5 erfolgt 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. 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 „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ 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 „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ 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.

**Festlegung der Ausgangswerte für die Grundbeträge
(Zeitraum ab 1. Oktober 2014)**

8. Regelverfahren zur Ermittlung der Ausgangswerte für Grundbeträge

Ab dem 1. Oktober 2014 bilden die Grundbeträge nach 3. bis 6. im Vorjahresquartal die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß den Ziffern 3.7 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.

9. Überprüfung der Umsetzung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zeitnah, jedoch spätestens 6 Monate nach Ablauf des entsprechenden Quartals im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014, die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die hierfür erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung.

Anmerkungen:

- 1. 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.*
- 2. Bis zum 30. September 2015 ist zu überprüfen, ob der Grundbetrag „Labor“ anteilig in den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag überführt werden kann.*

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

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

**Änderung des Teils G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassen-
ärztlichen Vereinigungen**

Teil G

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

**Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik
(genetisches Labor)**

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

Die Vergütung der Leistungen der Humangenetik (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM), erfolgt – sofern die entsprechenden Leistungen gemäß den regionalen Gesamtverträgen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten sind – wie folgt: Jede Kassenärztliche Vereinigung bildet jeweils einen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag „genetisches Labor“ (aus Finanzmitteln des fachärztlichen Versorgungsbereichs), aus dem das Vergütungsvolumen für bereichseigene Versicherte für genetisches Labor bestimmt wird.

Für die Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (GOP 11220 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) wird durch die Kassenärztliche Vereinigung der Grundbetrag „genetisches Labor“ und das Vergütungsvolumen wie folgt ermittelt.

Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ werden entsprechend berücksichtigt.

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

1. Erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes und des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014)

1.1. Für die erstmalige Bestimmung des Ausgangswertes für den Grundbetrag „genetisches Labor“ werden im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 die folgenden Werte auf Basis des jeweiligen Vorjahresquartals bestimmt:

- die zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV für die entsprechende Behandlung bzw. Untersuchung von Material bereichseigener Versicherter durch bereichseigene und bereichsfremde Vertragsärzte) für die Leistungen des genetischen Labors (GOP 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) und
- der für die Behandlung und Untersuchung bereichseigener Versicherter angeforderte Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung multipliziert mit dem Faktor 0,85.

Als Ausgangswert für den Grundbetrag „genetisches Labor“ ist im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis zum 3. Quartal 2014 der kleinere der beiden Werte zu verwenden.

1.2. Im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 ist eine Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und im Zeitraum vom 1. Quartal 2014 bis 3. Quartal 2014 die vereinbarte Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB sowie zusätzliche spezifische Steigerungen aufgrund der entsprechend für Leistungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V zu berücksichtigen.

1.3. Aus der Division des gemäß 1.1 und 1.2 bestimmten Ausgangswertes durch die im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten ergibt sich je Abrechnungsquartal der Grundbetrag „genetisches Labor“.

1.4. Aus der Multiplikation des Grundbetrags „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

2. Regelmäßige Bestimmung des Ausgangswertes und Bildung des Vergütungsvolumens für genetisches Labor (ab dem Quartal 4/2014)

2.1 Nach der erstmaligen Bestimmung des Grundbetrags und des Vergütungsvolumens „genetisches Labor“ im Zeitraum vom 4. Quartal 2013 bis 3. Quartal 2014 gemäß 1. erfolgt ab dem 4. Quartal 2014 die Bestimmung durch Fortschreibung des Grundbetrags „genetisches Labor“ des Vorjahresquartals mittels Multiplikation mit der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.

2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „genetisches Labor“ für das aktuelle Abrechnungsquartal ergeben sich aufgrund der entsprechend für Leistungen dieses Grundbetrags vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.

2.3 Aus der Multiplikation des Grundbetrages „genetisches Labor“ mit der Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden, entsteht das Vergütungsvolumen für die Leistungen des genetischen Labors.

Anmerkung:

Die gemäß Nr. 1.1 für die Leistungen des genetischen Labors zutreffende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung entspricht dem diesen Bereich zugeordneten Honorar abzüglich des Saldo aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Vertragsärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen dieses Bereichs bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Vertragsärzte.

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

mit Wirkung ab 1. Oktober 2013

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

Teil H

im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband

Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“

beschlossen am 11. März 2014 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013¹

1. Erstmalige Bestimmung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ (Zeitraum 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014)

Für die erstmalige quartalsweise Bestimmung des versichertenbezogenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“) werden vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die folgenden Finanzmittel verwendet:

- 1.1 Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird die Höhe des auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteils an dem je KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des Jahres 2013 bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs in seiner 295. Sitzung² verwendet. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch

¹ Die Änderung der KBV-Vorgaben erfolgt rückwirkend zum 1. Oktober 2013. Soweit diese Vorgaben von einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr bei der Honorarverteilung für das 4. Quartal 2013 und/oder 1. Quartal 2014 berücksichtigt werden können, sind die Vorgaben spätestens mit Wirkung zum 1. April 2014 umzusetzen. Eine nachträgliche Korrektur für bereits vorgenommene Trennungen ist nicht vorzunehmen, für diese gelten die jeweils zum Zeitpunkt der Berechnungen gültigen Versionen der KBV-Vorgaben. Für die Zertifizierung der Grundbeträge ab dem 1. Oktober 2013 und damit der Ausgangswerte für die nachfolgenden Perioden sind die rückwirkend angepassten Vorgaben maßgeblich.

² Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 295. Sitzung am 18. Dezember 2012 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 18. Dezember 2012

die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.

- 1.2 Die Höhe des je KV-Bezirk quartalweise bereitgestellten Betrags gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung³. Für das 3. Quartal 2014 ist der Betrag des 3. Quartals 2013 zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.3 Die Finanzmittel, die aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 297. Sitzung zur Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus nach der Gebührenordnungsposition 32001 eingespart werden, soweit sie gemäß Teil B (gültig ab dem 1. Oktober 2013), Nr. 2.2.2 dem Grundbetrag „PFG“ zugeführt werden. Der sich ergebende Betrag wird mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert sowie durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.4 Aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich sind im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 die gesamten Finanzmittel, die sich aus der quartalsweisen Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 und § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des Jahres 2013 auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs (VV_{FÄ} gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 23 unter Abzug der Finanzmittel gemäß Teil B, 2.1, 2. Absatz, letzter Satz in der MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals ggf. zzgl. Rückstellungen unter Berücksichtigung der Korrekturen in Teil B, 2.2.1 und Teil B, 3.7) des jeweiligen Quartals des Jahres 2013 ergeben haben, zu verwenden. Der sich ergebende Betrag wird im Zeitraum vom 1. Januar 2014 bis 30. September 2014 mit der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V, gegebenenfalls zusätzlich erfolgter Steigerungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V, der Anpassung des regionalen Punktwertes gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V und der Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V des aktuellen Abrechnungsquartals multipliziert. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014 wird dieser Betrag durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal tatsächlich verwendete Anzahl der Versicherten dividiert und mit der im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten multipliziert.
- 1.5 Es besteht die Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel aus gesamtvertraglichen Regelungen für die Bestimmung des Grundbetrags „PFG“ zu verwenden. Soweit diese Finanzmittel im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht ausdrücklich für die Finanzierung der PFG vereinbart werden, erfolgt die Verwendung ausschließlich zu Lasten des fachärztlichen Grundbetrags.
- 1.6 Für das 1. bis 3. Quartal 2014 basiswirksam die Hälfte des Betrags, der sich quartalsweise aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in

³ Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 302. Sitzung 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 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.

seiner 319. Sitzung ergibt.

Das sich ergebene Vergütungsvolumen wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Anzahl der Versicherten dividiert, sodass sich der versichertenbezogene Grundbetrag „PFG“ ergibt.

**2. Fortschreibung des Grundbetrags „PFG“
(ab 1. Oktober 2014)**

Der Grundbetrag „PFG“ wird ab dem 1. Oktober 2014 nach dem folgenden Verfahren basiswirksam fortgeschrieben:

- 2.1 Der Grundbetrag „PFG“ des Vorjahresquartals wird unter Verwendung der vereinbarten Veränderungsrate gemäß § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V gesteigert. Für den Fall einer Anpassung des regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V ist diese zu berücksichtigen.
- 2.2 Zusätzliche spezifische Steigerungen des Grundbetrags „PFG“ des aktuellen Abrechnungsquartals ergeben sich aufgrund der entsprechend für den Grundbetrag vereinbarten Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 bis 5 SGB V.
- 2.3 Das Vergütungsvolumen ergibt sich durch die Multiplikation des Grundbetrags „PFG“ mit der bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs im aktuellen Abrechnungsquartal verwendeten Anzahl der Versicherten.
- 2.4 Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe des Vergütungsvolumens des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags „PFG“ werden entsprechend berücksichtigt.

**3. Korrektur des Grundbetrags „PFG“
(Zeitraum 1. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014)**

Für das 4. Quartal 2014 ist der Grundbetrag „PFG“ um die Hälfte des Betrags basiswirksam zu erhöhen, der sich aufgrund der Steigerungsrate gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 319. Sitzung ergibt, dividiert durch die Anzahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet werden.

Diese Finanzmittel sind erst ab dem 1. Januar 2015 gemäß 2. fortzuschreiben.