

Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Saarland

Gültig ab 01.07.2019

HVM gemäß Beschluss der VV der KVS vom 20.02.2019

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen.....	4
§ 1 Geltungsbereich.....	4
§ 2 Teilnahme an der Honorarverteilung.....	4
§ 3 Abrechnungsbestimmungen.....	5
§ 4 Feststellung der Honorarforderung.....	5
Abschnitt II Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.....	7
§ 5 Grundsätze der Verteilung.....	7
A. Bildung von Grundbeträgen.....	12
§ 6 Grundbetrag „Labor“.....	12
§ 6a Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“.....	13
§ 7 Haus- und fachärztliche Grundbeträge.....	13
B. Verteilung der hausärztlichen Finanzmittel.....	14
§ 8 Vorwegentnahmen aus dem hausärztlichen Grundbetrag.....	14
§ 8a Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen.....	19
§ 8b Berechnung von Praxisbudgets des hausärztlichen Versorgungsbereichs.....	19
§ 8c Berücksichtigung der Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa).....	20
§ 8d unbesetzt.....	20
§ 8e unbesetzt.....	20
§ 8f Vergütung des die Praxisbudgets überschreitenden Leistungsbedarfs.....	20
C. Verteilung der fachärztlichen Finanzmittel.....	22
§ 9 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge.....	22
§ 9a Vorwegentnahmen aus dem fachärztlichen Grundbetrag.....	23
§ 9b Berechnung von Honorarkontingenten und von Praxisbudgets des fachärztlichen Versorgungsbereichs.....	32
§ 9c unbesetzt.....	34
§ 9d unbesetzt.....	34
§ 9e unbesetzt.....	34
§ 9f Vergütung des die Honorarkontingente und Praxisbudgets überschreitenden Leistungsbedarfs.....	34
Abschnitt III Sonstige Bestimmungen.....	36
§ 10 Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente und Praxisbudgets.....	36
§ 11 Inkrafttreten / Geltungsdauer.....	36
Abschnitt IV Änderungs-/Ergänzungsvorbehalt.....	36



Anlage 1.....	37
Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung	37
Anlage 2.....	44
Anpassung von Honorarkontingenten und Berechnung der Praxisbudgets gemäß § 8b und § 9b.....	44
Anlage 3.....	49
Vergütungsregelungen für gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannte Praxisnetze gemäß Teil G der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung.....	49
Anlage 4.....	50
Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin sowie ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin gemäß Teil A Nr. 8 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung.....	50
Anlage 5.....	51
Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“ gemäß Teil A Nr. 9 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung.....	51
Anlage 6.....	53
Vorgaben im Falle der Bereinigung des Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV-Bereinigungen).....	53
Anlage 7.....	57
Kriterien für Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit Praxisbudgets gemäß § 5 Absatz 4 Bst. (k) und (l)	57



Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Geltungsbereich

- (1)** Dieser Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt nach § 87b SGB V die Verteilung der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) im Bereich der KV Saarland. Des Weiteren regelt der HVM die Verteilung der Gesamtvergütungsanteile bereichsfremder Krankenkassen für Leistungen von im Bereich der KV Saarland niedergelassenen Vertragsärzten und anderen an der Honorarverteilung teilnehmenden Ärzten (Fremdkassenfälle).

Sofern in diesem HVM von (Vertrags-) Ärzten, ermächtigten Ärzten, (vertrags-) ärztlichen Leistungen, Vertragsarztpraxen etc. die Rede ist, finden die entsprechenden Regelungen gleichermaßen Anwendung auf psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern dies nicht durch höherrangiges Recht ausgeschlossen ist. Soweit sich Bezeichnungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes auf Personen beziehen, gelten sie für Männer in der männlichen, für Frauen in der weiblichen Form.

- (2)** Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie Art und Umfang des Nachweises der von den Ärzten erbrachten Leistungen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages, der Gesamtverträge, des HVM sowie der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland (vgl. § 3).
- (3)** Soweit der HVM oder die Verträge mit den Kostenträgern nichts anderes vorsehen, werden die Gesamtvergütungen an die Ärzte auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in seiner jeweiligen Fassung verteilt [regionale Euro-Gebührenordnung].

§ 2

Teilnahme an der Honorarverteilung

Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung haben die Vertragsärzte, die ermächtigten Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Gleiches gilt für Nicht-Vertragsärzte und Krankenhäuser für die Behandlung von Notfällen.

§ 3

Abrechnungsbestimmungen

Im Hinblick auf Abrechnung und Vergütung ärztlicher Leistungen gelten die Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen der KV Saarland in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung entsprechend.

§ 4

Feststellung der Honorarforderung

- (1)** Die Ermittlung der Leistungsanforderung erfolgt auf Grund der Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der jeweils geltenden Fassung. Soweit in den Verträgen mit den Krankenkassen etwas anderes bestimmt ist, gelten die in diesen Verträgen festgelegten Bestimmungen [regionale Euro-Gebührenordnung].

- (2)** Wegepauschalen werden für ausgeführte Besuche
 - im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung gemäß dem nachstehenden Satz 2, sowie
 - im Rahmen der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit nach Maßgabe der hierüber abgeschlossenen Verträge mit den Krankenkassenvergütet.

Wegepauschalen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarung in der für das Abrechnungsquartal gültigen Fassung vergütet.

- (3)** Assistiert, anästhesiert oder operiert der Vertragsarzt bei mehreren Patienten nacheinander, so kann die maßgebliche Wegegeldpauschale nur einmal abgerechnet werden.

- (4)** Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst - ausgehend vom Praxissitz als Zentrum - auf einer Karte mit dem Maßstab 1 : 25 000 zu bestimmen (Radius für den Kernbereich 8 cm, für den 5-km-Kreis als Grenze zwischen Randbereich und Fernbereich 20 cm).

- (5)** Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 40220 bis 40230, 40240, 40260, 40190, 40192, 98106 und 98108 berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschalen nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der geltenden Wegebereiche.

- (6)** Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

- (7)** Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.



Abschnitt II

Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

§ 5

Grundsätze der Verteilung

- (1)** Die Vergütung der Ärzte erfolgt auf Basis der gemäß § 87a Abs. 2 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung.

- (2)** Ausgangsgröße der Honorarverteilung ist die jeweils für das Abrechnungsquartal von den Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V mit befreiender Wirkung zu entrichtende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Maßgabe der mit den Gesamtvertragspartnern geschlossenen Vergütungsvereinbarung in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung. Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt einheitlich und gemeinsam für alle Krankenkassen.

(3) Grundsätze zur Verteilung der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu leistenden Gesamtvergütung (EGV)

Die Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetäre Leistungen) erfolgt nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarung der Gesamtvertragspartner in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Einführung von Praxisbudgets

- (a)** Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 87b Abs. 2 SGB V wird für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal und Arztpraxis eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben [Praxisbudget], die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Der abgestaffelte Preis für die das Praxisbudget überschreitenden Leistungen ergibt sich nach den Vorgaben der §§ 8f (für Hausärzte) bzw. 9f (für Fachärzte).

Die Höhe des jeweiligen Praxisbudgets ergibt sich für Hausärzte nach den Vorgaben des § 8b und für Fachärzte nach den Vorgaben des § 9b.

Praxisbudgets kommen für Ärzte der in § 8b und § 9b genannten Arztgruppen zur Anwendung.



(b) Zuweisung der Praxisbudgets

Neu zugelassene Praxen sowie Praxen, die sich in der Übergangsregelung gemäß § 5 Abs. 4 Bst. (j) befinden, erhalten eine Zuweisung des Praxisbudgets einschließlich eines Hinweises auf Leistungen, die außerhalb der Praxisbudgets vergütet werden, vor Beginn des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(c) Quartalsbezug

Die Praxisbudgets werden für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

(d) Praxisbezug

Die Praxisbudgets werden je Praxis ermittelt.

(e) Tätigkeitsumfang

Bei der Ermittlung des Praxisbudgets einer Arztpraxis ist der Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid der beteiligten Ärzte zu berücksichtigen.

(f) unbesetzt

(g) Berücksichtigung der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V

In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V wird das Praxisbudget der den Weiterbildungsassistenten beschäftigenden Praxis um 3 % des durchschnittlichen Praxisbudgets der jeweiligen Fachgruppe nicht-basiswirksam erhöht (§ 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Bei Teilzeitstellen bemisst sich die Erhöhung entsprechend des Umfangs der Teilzeittätigkeit.

Die hierfür erforderlichen Mittel werden für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung aus den Rückstellungen gemäß § 8 Abs. 2 Bst. (b) Nr. 1 „Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben“ und für die Förderung der Weiterbildung im Bereich der fachärztlichen Grundversorgung aus den Rückstellungen gemäß § 9a Abs. 2 Bst. (b) Nr. 1 „Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben“ entnommen.

(h) Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

Zur Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen wird das jeweilige Praxisbudget bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht.

Abweichend von Satz 1 gilt der 10%ige Zuschlag bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und standortübergreifenden Praxen mit angestellten Ärzten nur dann, wenn ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.

Der Kooperationsgrad (KG) ergibt sich je Abrechnungsquartal in Prozent wie folgt: $((\text{Summe Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal} / \text{Zahl der Gesamt-Behandlungsfälle im Vorjahresquartal}) - 1) * 100$. Für Ärzte am gleichen Standort bleibt dabei jedoch der 10%ige Zuschlag auch dann erhalten, wenn der Kooperationsgrad mit den anderen Standorten unter 10 % liegt. In diesem Fall wird der Eurobetrag des 10%igen Zuschlages im Verhältnis der Gesamt-Arztfallzahlen auf die einzelnen Ärzte aufgeteilt. Der zustehende Zuschlag der Praxis ergibt sich dann aus der Summe der Anteile von Ärzten am gleichen Standort.

(i) unbesetzt

(j) Übergangsregelungen für die Berechnung des Praxisbudgets bei Neuzulassung bzw. Änderung der Kooperationsform

Im Rahmen der Berechnung der Praxisbudgets gemäß Anlage 2 gelten

- bei Neuzulassung von Vertragsärzten
- bei Gründung, Auflösung und Erweiterung von Einzelpraxen mit angestellten Ärzten, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden (d.h. mit Sitz) bzw. bei Reduzierung oder Wechsel (Nachfolgebesetzung) der Anstellungen
- bei Gründung, Auflösung und Erweiterung von Berufsausübungsgemeinschaften/Medizinischen Versorgungszentren bzw. bei Reduzierung oder Wechsel (Nachfolgebesetzung) von Praxispartnern bzw. angestellten Ärzten, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden (d.h. mit Sitz) bzw. bei Reduzierung oder Wechsel (Nachfolgebesetzung) der Anstellungen

Übergangsregelungen.

In diesen Fällen wird das Praxisbudget ermittelt durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis bzw. MVZ im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis bzw. MVZ des Vorjahresquartals.

Bei im Vorjahresquartal unterdurchschnittlichen Praxen wird das so ermittelte Praxisbudget begrenzt auf die Summe der durchschnittlichen Praxisbudgets je Fachgruppe der einzelnen maßgeblichen Praxispartner bzw. angestellten Ärzte im Vorjahresquartal. Dabei wird für Ärzte, die in der Bedarfsplanung mit einem Faktor von weniger als 1,0 berücksichtigt sind, das zutreffende Praxisbudget der Fachgruppe mit dem jeweiligen Faktor der Bedarfsplanung multipliziert.

Bei im Vorjahresquartal überdurchschnittlichen Praxen wird das so ermittelte Praxisbudget begrenzt auf das Praxisbudget des Vorjahresquartals.

Liegt keine Anerkennungsquote der Praxis bzw. MVZ des Vorjahresquartals vor (insbesondere bei Neugründungen), so wird die durchschnittliche Anerkennungsquote des Vorjahresquartals der Fachgruppe angesetzt.

Die Übergangsregelung gilt für 4 Abrechnungsquartale, beginnend mit dem Quartal, in dem die Neuzulassung bzw. Änderung erfolgt ist.

(k) Anpassung der Praxisbudgets

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland werden die Praxisbudgets nach Maßgabe der in Anlage 7 II. genannten Kriterien angepasst.

(l) Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit Praxisbudgets¹

Für die nach Anlage 2 gebildeten Praxisbudgets werden auf Antrag der Praxis (Einzelpraxis, Einzelpraxis mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der in Anlage 7 III. Nrn. 1 und 2 genannten Kriterien zuerkannt. Die Anpassung der Praxisbudgets aufgrund von zuerkannten Praxisbesonderheiten erfolgt nach Maßgabe der Anlage 7 III. Nr. 3.

(m) unbesetzt

(n) Vergütungsregelungen für gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannte Praxisnetze

Die zur Vergütung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannter Praxisnetze notwendigen Finanzmittel werden unter Anwendung des Trennungsfaktors gemäß den bis zum 30.09.2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15 aus dem haus- und fachärztlichem Grundbetrag entnommen. Hierbei gilt insgesamt eine Obergrenze von 70.000 Euro je Quartal.

Die Vergütung anerkannter Praxisnetze erfolgt entsprechend der Bestimmungen der Anlage 3.

(o) Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V

Zur Finanzierung gezielter Sicherstellungs- und Fördermaßnahmen wird der Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V gebildet. Der auf die KV Saarland entfallende Anteil des Strukturfonds wird entsprechend des Trennungsfaktors gemäß der bis zum

¹ Der Begriff Praxisbesonderheit resultiert aus den bis 31.12.2011 geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschuss zum Regelleistungsvolumen (Beschluss Teil F). Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit den Praxisbudgets sind in Abgrenzung zu der im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung definierten „Praxisbesonderheit“ zu sehen.



30.09.2013 gültigen KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V [Teil B, Schritt 15] aus dem hausärztlichen bzw. aus dem fachärztlichen Grundbetrag entnommen. In den Strukturfonds fließen die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu tragenden Mittel in gleicher Höhe. Über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds erlässt der Vorstand eine entsprechende Richtlinie und unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung.

(5) Zu berücksichtigende Grundbeträge

Für die Ermittlung der quartalsbezogenen Honorare für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die nach Maßgabe der Anlage 1 zu bildenden Grundbeträge herangezogen. Da zum Zeitpunkt der Honorarberechnung die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Vergütungen für Fremdarztleistungen der Höhe nach noch nicht feststehen, werden im Rahmen der Anwendung der Regelung nach Nr. 4 der Anlage 1 die Vergütungen der anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Fremdarztleistungen in Höhe des Vorjahresquartals in die Berechnung einbezogen. Differenzen zwischen den in die Berechnung einbezogenen Vergütungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen für Fremdarztleistungen des Vorjahresquartals und der von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Fremdarztleistungen für das Abrechnungsquartal gezahlten Vergütungen werden in die Honorarverteilung eines der folgenden Quartale vorgetragen.

Die im Rahmen der Honorarberechnung heranzuziehenden Grundbeträge nach Anlage 1 werden darüber hinaus noch jeweils um die voraussichtlich zu erwartenden Bereinigungen für Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V vermindert. Der jeweils zu erwartende Bereinigungsbetrag wird auf Basis von Erfahrungswerten des Vorjahresquartals ermittelt. Hieraus resultierende Differenzen nach Vorliegen des tatsächlichen Bereinigungsbetrages werden im nächst möglichen Abrechnungsquartal ausgeglichen.



A. Bildung von Grundbeträgen

§ 6

Grundbetrag „Labor“

- (1) Der Grundbetrag „Labor“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 incl. des Anhangs „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ in Verbindung mit den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Teile A und B) gebildet bzw. fortgeschrieben. Der Grundbetrag „Labor“ umfasst nicht die Leistungen nach den GOP 32860 bis 32864, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946.
- (2) Aus dem nach Abs. 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden nachfolgend aufgeführte Leistungen vergütet.

a) Vergütung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Die GOP 32001 EBM für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 EBM wird nach Anwendung der Regelungen des Abschnitts 32.1 EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

b) Vergütung für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM für Fachärzte für Transfusionsmedizin

Die Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei Fachärzten für Transfusionsmedizin erfolgt gemäß der Anlage 4.

c) Vergütung der auf Muster 10 veranlassten Laboratoriumsuntersuchungen

Soweit auf Muster 10 veranlasste Laboratoriumsuntersuchungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) vergütet werden, gilt eine FKZ-Quote in Höhe von 89 % für die Vergütung dieser Leistungen.

Im Falle einer Überschreitung des Vergütungsvolumens im Grundbetrag „Labor“ werden die weiteren aus diesem Vergütungsvolumen zu vergütenden Laboratoriumsuntersuchungen entsprechend quotiert. Hierbei ist gemäß Teil A Nr. 8 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung eine Mindestquote von 89 % anzuwenden.

(3) Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens

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 Leis-

tungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und 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 Grundbetrages nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrages „Labor“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

§ 6a

Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“

Der Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen 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.

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Vergütungsvolumen nach Satz 1 erfolgt entsprechend der Anzahl der Vertragsärzte 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 Grundbetrages nach dem gleichen Verfahren nach Satz 3. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“ sowie in den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

§ 7

Haus- und fachärztliche Grundbeträge

(1) Hausärztlicher Grundbetrag

Der hausärztliche Grundbetrag wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

(2) Fachärztlicher Grundbetrag

Der fachärztliche Grundbetrag wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.



B. Verteilung der hausärztlichen Finanzmittel

§ 8

Vorwegentnahmen aus dem hausärztlichen Grundbetrag

Aus dem nach § 7 Absatz 1 zur Verfügung stehenden hausärztlichen Grundbetrag werden folgende Vorwegentnahmen vorgenommen:

(1) Forderungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs

Berücksichtigung der zu erwartenden Forderungen bzw. Verpflichtungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V. Die Höhe des Abzugs ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals. Hierbei sind ab dem zweiten Quartal 2013 die zwischen den Partnern der Gesamtverträge für das Jahr 2013 auf bereichsfremde Ärzte der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Bereinigungsbeträge für Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM zu berücksichtigen.

(2) Rückstellungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Abzüge für folgende Rückstellungen:

(a) Rückstellung zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bildet das arztgruppenbezogene Durchschnittshonorar im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Ermittlung der Höhe der Rückstellung basiert auf Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(b) Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben

Die Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben gliedern sich wie folgt:

Nr. 1 Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben

Es wird eine Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben (u.a. für die Vergütung von Leistungen über das Praxisbudget hinaus gemäß § 5 Absatz 4 Buchstaben (j), (k) und (o)) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

Nr. 2 Rückstellung für nachträgliche Korrekturen

Es wird eine Rückstellung für nachträgliche Korrekturen und zu erwartende besondere Verpflichtungen gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung

bilden Erfahrungswerte voran liegender Abrechnungsquartale sowie Einschätzungen auf zu erwartende besondere Verpflichtungen.

(c) Rückstellung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(d) Rückstellung für Praxisbesonderheiten

Es wird eine Rückstellung für Praxisbesonderheiten im hausärztlichen Versorgungsbereich nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

(e) Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen im Rahmen der Bemessung der vorläufigen, versichertenzahlbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten vergangener Abrechnungsquartale und unter Berücksichtigung des nach § 7 Absatz 1 ermittelten hausärztlichen Grundbetrages.

(f) Ausgleich hausärztlicher Vergütungsquoten je Arztpraxis

Es wird ein Ausgleich der hausärztlichen Vergütungsquote je Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) wie folgt durchgeführt:

1. Zunächst werden auf Basis von Daten des Vorjahresquartals sowie auf Basis von Daten des jeweiligen Abrechnungsquartals zwei hausärztliche Vergütungsquoten je Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) für die gesamten hausärztlichen Leistungen der jeweiligen Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 8 Abs. 7 (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall) und § 8 Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen) ermittelt. Diese beiden arztpraxisbezogenen hausärztlichen Vergütungsquoten ergeben sich jeweils aus dem prozentualen Verhältnis des für diese Leistungen zustehenden Honorars der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) (das sich nach § 8a bis § 8f und § 10 ergibt) zu den entsprechenden hausärztlichen Leistungsanforderungen der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR). Die jeweils höhere der beiden Quoten wird als maßgebliche Quote ($VQH_{\text{Praxis}}^{\text{max}}$) der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) zur Bemessung des Ausgleichsbetrages nach Nr. 3 herangezogen.
2. Darüber hinaus wird im jeweiligen Abrechnungsquartal eine Vergütungsquote des hausärztlichen Versorgungsbereichs ($VQ^{\text{HÄ}}$) für die gesamten hausärztlichen Leistungen in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung,

jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 8 Abs. 7 (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall) und § 8 Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen) ermittelt. Diese hausärztliche Vergütungsquote ergibt sich aus dem prozentualen Verhältnis der Gesamtsumme der für diese Leistungen zustehenden hausärztlichen Honorare (die sich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 8a bis § 8f und § 10 ergeben) zu der Gesamtsumme der entsprechenden hausärztlichen Leistungsanforderungen.

3. Liegt die nach Nr. 1 ermittelte höchste hausärztliche Vergütungsquote einer Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) ($VQH\ddot{A}_{Praxis}^{max}$) unterhalb 95 % der hausärztlichen Vergütungsquote nach Nr. 2, so erhält die jeweilige Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) einen finanziellen Ausgleich für hausärztliche Leistungen (Ausgleich $_{Praxis}^{H\ddot{A}}$). Dieser ergibt sich nach folgender Maßgabe:

$angLB_{Praxis}^{H\ddot{A}}$ Leistungsanforderungen des aktuellen Abrechnungsquartals der jeweiligen Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) für hausärztliche Leistungen in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 8 Abs. 7 (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall) und § 8 Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen)

$VQ^{H\ddot{A}}$ Vergütungsquote des hausärztlichen Versorgungsbereichs des aktuellen Abrechnungsquartals nach Nr. 2

$VQH\ddot{A}_{Praxis}^{max}$ Maßgebliche arztpraxisbezogene Vergütungsquote nach Nr. 1 für hausärztliche Leistungen

Formel:

$$\text{Ausgleich}_{Praxis}^{H\ddot{A}} = angLB_{Praxis}^{H\ddot{A}} * (95 \% * VQ^{H\ddot{A}} - VQH\ddot{A}_{Praxis}^{max})$$

Bei der Anwendung der vorgenannten Ausgleichsregelung bleiben die Vergütungsquoten vermindernde Bereinigungsbeträge nach Anlage 6 I. und II. unberücksichtigt.

4. Für den Ausgleich nach Nr. 3 werden finanzielle Mittel in Höhe von 80.000 € aus Rückstellungen nach Abs. 2 Buchstaben (b), (c) und (d) zur Verfügung gestellt. Reichen diese Mittel zur Finanzierung des Ausgleichs in Höhe von 95 % der hausärztlichen Vergütungsquote nicht aus, so wird der %-Anteil entsprechend reduziert. Soweit die zur Verfügung stehenden Mittel einen Ausgleich auf mehr als 95 % der hausärztlichen Vergütungsquote zulassen, wird der %-Anteil entsprechend erhöht. Der Ausgleich wird auf maximal 100 % der hausärztlichen Vergütungsquote begrenzt; stehen in diesem Fall noch nicht verbrauchte Mittel aus dem Betrag nach Satz 1 zur Verfügung, so erfolgt ein Übertrag in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 8f.

(g) Umsetzungsverfahren zu den Rückstellungen (Auflösung, Rückführung)

Die zum Zeitpunkt der Berechnung der Praxisbudgets gebildeten Rückstellungen nach den Buchstaben (a) und (e) werden im Rahmen der Honorarberechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals gemäß den Vorgaben nach § 8f Absatz 1 verwendet.

Nicht ausgeschöpfte Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) können nach Ablauf eines Kalenderjahres in einer Schlussabrechnung in Richtung Ärzte aufgelöst werden. Reichen die Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die nächstmögliche Quartalsabrechnung.

(3) Praxisbudget-Zuschläge

Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag zum Praxisbudget gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten.

(4) Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung

Abzug in Höhe von 2 % des hausärztlichen Grundbetrages nach § 7 Absatz 1 zur Finanzierung der abgestaffelten Vergütung gemäß § 8f.

(5) Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

Abzug des zu bildenden Vergütungsvolumens für die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Das Vergütungsvolumen ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(6) Besuchsleistungen

Abzug des für Besuchsleistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM zu bildenden Vergütungsvolumens. Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Vergütungskontingent des entsprechenden Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7) Vergütung der eigenerbrachten und von Laborgemeinschaften bezogenen (Anforderung über Muster 10A) Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM

Abzug des für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM, die nicht aus dem Grundbetrag „Labor“ gemäß § 6 zu vergüten sind, zu bildenden Vergütungsvolumens.

- (a) Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Anhang „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 des HVM, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, angepasst auf die Entwicklung der Versichertenzahl und zzgl. der im Zeit-

raum 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils zur Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Finanzmittel für die Leistungen nach Satz 1 (= § 6 Nr. 5 des HVM in der für das 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils geltenden Fassung).

- (b) Aus diesem Vergütungsvolumen werden die GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (c) Die weiteren aus diesem Vergütungsvolumen zu vergütenden Laboratoriumsuntersuchungen werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Abstufungsquote in Höhe von 89 % vergütet.
- (d) Im Falle einer Überschreitung des Vergütungsvolumens werden die hierfür erforderlichen Mittel dem hausärztlichen Grundbetrag entnommen.
- (e) Im Falle einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Übertragung der nicht benötigten Mittel in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 8f Abs. 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(8) Förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Es wird ein Honorarkontingent für förderungswürdige Leistungen gebildet. Das Volumen ergibt sich aus dem unter Anwendung des Trennungsfaktors gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil des mit den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Finanzvolumens gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in der 228. Sitzung am 22.10.2012 (§ 5 Abs. 3 der Vergütungsvereinbarung).

Aus dem so zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden Zuschläge zu folgenden Besuchsleistungen vergütet:

- Zuschlag zur GOP 01413 in Höhe von 5,00 € je abgerechneter Leistung, sofern die Besuchsleistungen in Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal durchgeführt wurden. Zur Kennzeichnung der Besuchsleistung in Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal rechnet die Praxis den Zuschlag unter Verwendung der regionalen Gebührennummer 01413P ab.
- Zuschlag zur GOP 01415 in Höhe von 10,00 € je abgerechneter Leistung. Der Zuschlag wird unter Verwendung der regionalen GOP 01415P gekennzeichnet und von der KV Saarland automatisch zugesetzt.

Reicht das zur Verfügung stehende Kontingent nach Satz 2 nicht aus, so werden die Zuschläge entsprechend quotiert.



Wird das Kontingent nach Satz 2 unterschritten, werden die Zuschläge anhand eines Anpassungsfaktors erhöht, der sich wie folgt ermittelt:

$$\text{Honorar}_{\text{Anforderung}} = \text{Anzahl}_{\text{GOP 01413P}} \times \text{Zuschlag}_{\text{GOP 01413P}} + \text{Anzahl}_{\text{GOP 01415P}} \times \text{Zuschlag}_{\text{GOP 01415P}}$$

$$\text{Fördermittel}_{\text{Unterschreitung}} = \text{Fördermittel}_{\text{Gesamt}} - \text{Honorar}_{\text{Anforderung}}$$

Formel:

$$\text{Anpassungsfaktor}_{\text{ZuschlagHeimbesuche}} = (\text{Fördermittel}_{\text{Unterschreitung}} / \text{Honorar}_{\text{Anforderung}}) + 1$$

§ 8a

Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen

- (1) Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 und 6 sind in der Form gegenseitig verrechnungsfähig, dass im Falle der Unterschreitung eines Vergütungsvolumens gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 die nicht benötigten Mittel zur Finanzierung desjenigen Vergütungsvolumens gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 herangezogen werden, bei dem eine Überschreitung eingetreten ist.
- (2) Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Abs. 1 verbleibenden Überschreitung der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 bzw. 6 werden die Leistungen je Vergütungsvolumen entsprechend quotiert.
- (3) Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Abs. 1 verbleibenden Unterschreitung der Vergütungsvolumina gemäß § 8 Abs. 5 und 6 erfolgt eine Übertragung in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 8f Abs. 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

§ 8b

Berechnung von Praxisbudgets des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Praxisbudgets werden für hausärztliche Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des jeweiligen Abrechnungsquartals, ohne die in § 8 aufgeführten Leistungen und Leistungsbereiche (Vorwegentnahmen) gebildet. Hierfür wird der nach Abzug der Vorwegentnahmen nach § 8 verbleibende hausärztliche Grundbetrag zur Verfügung gestellt. Praxisbudgets werden gebildet für:

1. Allgemeinärzte/Praktische Ärzte/Ärzte ohne Gebietsbezeichnung/hausärztliche Internisten
2. Kinder- und Jugendärzte

Die Praxisbudgets ergeben sich nach Maßgabe der Anlage 2.



§ 8c

Berücksichtigung der Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa)

In den Fällen der Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa), die gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä genehmigt sind, wird das Praxisbudget der die NäPa beschäftigenden Praxis je NäPa um 7 % des durchschnittlichen Praxisbudgets der Hausärzte im Vorjahresquartal, mindestens aber um das durch die jeweilige Praxis für NäPa-Leistungen (Nrn. 03060 bis 03065 EBM) im Vorjahresquartal erzielte Honorar nicht-basiswirksam erhöht.

Die hierfür erforderlichen Mittel werden aus den Mitteln für die Vergütung des die Praxisbudgets überschreitenden Leistungsbedarfs (§ 8f) entnommen.

§ 8d

unbesetzt

§ 8e

unbesetzt

§ 8f

Vergütung des die Praxisbudgets überschreitenden Leistungsbedarfs

- (1)** Im Rahmen der Honorarberechnung wird der nach Abzug der Vorwegentnahmen gemäß § 8 verbleibende hausärztliche Grundbetrag ergänzt um
 - a) die Rückstellungen für die Zunahme von Ärzten sowie für Fehlschätzungen gemäß § 8 Absatz 2 Buchstabe (a) und (e)
 - b) den Abzug für Praxisbudget-Zuschläge gemäß § 8 Absatz 3
 - c) das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung gemäß § 8 Absatz 4
 - d) nicht verbrauchte Vergütungsvolumina von Vorwegentnahmen gemäß § 8a Absatz 3, nicht verbrauchte Mittel gemäß § 8 Abs. 2 Bst. (f) Nr. 4 sowie nicht verbrauchte Mittel gemäß § 8 Abs. 7 Bst. (e).

- (2)** Von der nach Absatz 1 gebildeten Gesamtsumme wird die Summe der im Rahmen der jeweiligen Honorarabrechnung endgültig zuerkannten Praxisbudgets des hausärztlichen Versorgungsbereichs subtrahiert. Des Weiteren wird von der Gesamtsumme der für die Beschäftigung nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa) gemäß § 8c verwendete Betrag subtrahiert. Die verbleibende Differenz gilt als Ausgangsbasis zur Berechnung der abgestaffelten Vergütung des hausärztlichen Versorgungsbereichs.

- (3)** Im Rahmen der Honorarberechnung wird die Summe der über die endgültig zuerkannten Praxisbudgets hinausgehenden Leistungsanforderungen des gesamten hausärztlichen Versorgungsbereichs festgestellt (Praxisbudget-Überschreitung)

- (4)** Die für das jeweilige Abrechnungsquartal maßgebliche Ausgangsbasis für die abgestaffelte Vergütung gemäß Absatz 2 wird durch die jeweilige Praxisbudget-Überschreitung nach Absatz 3 dividiert. Es entsteht eine hausärztliche Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.

- (5)** Die über das Praxisbudget hinausgehenden Leistungsanforderungen nach Absatz 3 werden mit der hausärztlichen Abstaffelungsquote nach Absatz 4 vergütet.



C. Verteilung der fachärztlichen Finanzmittel

§ 9

Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge

Neben dem nach § 7 Absatz 2 zur Verfügung stehenden fachärztlichen Grundbetrag werden folgende versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge aus fachärztlichen Finanzmitteln gebildet:

(1) Grundbetrag „genetisches Labor“

- (a) Der Grundbetrag „genetisches Labor“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 in Verbindung mit den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Teil B) gebildet bzw. fortgeschrieben. Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden die Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) (GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32864, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM) vergütet.
- (b) Reicht das zur Verfügung stehende Finanzvolumen nach Satz 1 nicht aus, so werden die Leistungen entsprechend quotiert vergütet. Nicht verbrauchte Finanzmittel werden im Rahmen der Honorarberechnung dem Honorarkontingent nach § 9b Abs. 2 Nr. 2 zugeführt.
- (c) Liegt die Vergütungsquote gemäß Bst. (b) Satz 1 unterhalb 95% der fachärztlichen Vergütungsquote nach § 9a Abs. 2 Bst. (f) Nr. 2, so erfolgt ein finanzieller Ausgleich für die aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergüteten Leistungen (Ausgleich_{humgL}). Dieser ergibt sich nach folgender Maßgabe:

$angLB_{humgL}$	Leistungsanforderungen des aktuellen Abrechnungsquartals für die humangenetischen Leistungen GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32864, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM
$VQ^{FÄ}$	Vergütungsquote des fachärztlichen Versorgungsbereichs des aktuellen Abrechnungsquartals nach § 9a Abs. 2 Bst. (f) Nr. 2
VQ_{humgL}	Maßgebliche Vergütungsquote nach Bst. (b) Satz 1 für die humangenetischen Leistungen GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32864, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946, Abschnitt 11.4 und Abschnitt 19.4 EBM

Formel:

$$\text{Ausgleich}_{\text{humgL}} = \text{angLB}_{\text{humgL}} * (95 \% * \text{VQ}^{\text{FÄ}} - \text{VQ}_{\text{humgL}})$$

Bei der Anwendung der vorgenannten Ausgleichsregelung bleiben die Vergütungsquote nach Bst. (b) Satz 1 verminderte Bereinigungsbeträge nach Anlage 6 I. und II. unberücksichtigt.

- (d)** Für den Ausgleich nach Bst. (c) werden finanzielle Mittel in Höhe von maximal 100.000 € aus Rückstellungen nach § 9a Abs. 2 Bst. (b), (c) und (d) zur Verfügung gestellt. Reichen diese Mittel zur Finanzierung des Ausgleichs in Höhe von 95 % der fachärztlichen Vergütungsquote nicht aus, so wird der %-Anteil entsprechend reduziert.

(2) Grundbetrag „PFG“

Der Grundbetrag „PFG“ wird nach Maßgabe der Anlage 1 gebildet.

Aus dem nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM) vergütet.

Reicht das zur Verfügung stehende Finanzvolumen nach Satz 1 nicht aus, so werden die Leistungen entsprechend quotiert vergütet. Nicht verbrauchte Finanzmittel werden in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Absatz 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals übertragen.

§ 9a**Vorwegentnahmen aus dem fachärztlichen Grundbetrag**

Aus dem nach § 7 Abs. 2 zur Verfügung stehenden fachärztlichen Grundbetrag werden folgende Vorwegentnahmen vorgenommen:

(1) Forderungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs

Berücksichtigung der zu erwartenden Forderungen bzw. Verpflichtungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V. Die Höhe des Abzugs ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals. Hierbei sind ab dem zweiten Quartal 2013 die zwischen den Partnern der Gesamtverträge für das Jahr 2013 auf bereichsfremde Ärzte der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Bereinigungsbeträge für Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM sowie für Leistungen der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen zu berücksichtigen.

(2) Rückstellungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Abzüge für folgende Rückstellungen:

(a) Rückstellung zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bildet das arztgruppenbezogene Durchschnittshonorar im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Ermittlung der Höhe der Rückstellung basiert auf Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(b) Rückstellung für Sicherstellungsaufgaben

Die Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben gliedern sich wie folgt:

Nr. 1 Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben

Es wird eine Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben (u.a. für die Vergütung von Leistungen über das Praxisbudget hinaus gemäß § 5 Absatz 4 Buchstaben (j), (k) und (o) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

Nr. 2 Rückstellung für nachträgliche Korrekturen

Es wird eine Rückstellung für nachträgliche Korrekturen und zu erwartende besondere Verpflichtungen gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden Erfahrungswerte voran liegender Abrechnungsquartale sowie Einschätzungen auf zu erwartende besondere Verpflichtungen.

(c) Rückstellung zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(d) Rückstellung für Praxisbesonderheiten

Es wird eine Rückstellung für Praxisbesonderheiten im fachärztlichen Versorgungsbereich nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (l) gebildet. Grundlage für die Ermittlung der Höhe der Rückstellung bilden die Erfahrungswerte des jeweiligen Vorjahresquartals.

(e) Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen

Es wird eine Rückstellung zum Ausgleich von Fehlschätzungen im Rahmen der Bemessung der vorläufigen, versichertenzahlbezogenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet. Die Höhe der Rückstellung ergibt sich aus Erfahrungswerten voranliegender Abrechnungsquartale und der Berücksichtigung des nach § 7 Absatz 2 ermittelten fachärztlichen Grundbetrages.



(f) Ausgleich fachärztlicher Vergütungsquoten je Arztpraxis

Es wird ein Ausgleich der fachärztlichen Vergütungsquote je Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) wie folgt durchgeführt:

1. Zunächst werden auf Basis von Daten des Vorjahresquartals sowie auf Basis von Daten des jeweiligen Abrechnungsquartals zwei fachärztliche Vergütungsquoten je Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) für die gesamten fachärztlichen Leistungen der jeweiligen Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 9a Abs. 7a und 7b (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall), § 9 (genetisches Labor und PFG) und § 9a Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen) ermittelt. Diese beiden arztpraxisbezogenen fachärztlichen Vergütungsquoten ergeben sich jeweils aus dem prozentualen Verhältnis des für diese Leistungen zustehenden Honorars der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) (das sich nach § 9a Abs. 9 sowie nach § 9b bis 10 ergibt) zu den entsprechenden fachärztlichen Leistungsanforderungen der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR). Die jeweils höhere der beiden Quoten wird als maßgebliche Quote ($VQF_{\text{Praxis}}^{\text{max}}$) der Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) zur Bemessung des Ausgleichsbetrages nach Nr. 3 herangezogen.
2. Darüber hinaus wird im jeweiligen Abrechnungsquartal eine Vergütungsquote des fachärztlichen Versorgungsbereichs ($VQ^{\text{FÄ}}$) für die gesamten fachärztlichen Leistungen in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 9a Abs. 7a und 7b (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall), § 9 (genetisches Labor und PFG) und § 9a Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen) ermittelt. Diese fachärztliche Vergütungsquote ergibt sich aus dem prozentualen Verhältnis der Gesamtsumme der für diese Leistungen zustehenden fachärztlichen Honorare (die sich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 9a Abs. 9 sowie nach §§ 9b bis 10 ergeben) zu der Gesamtsumme der entsprechenden fachärztlichen Leistungsanforderungen.
3. Liegt die nach Nr. 1 ermittelte höchste fachärztliche Vergütungsquote einer Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) ($VQF_{\text{Praxis}}^{\text{max}}$) unterhalb 95 % der fachärztlichen Vergütungsquote nach Nr. 2, so erhält die jeweilige Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) einen finanziellen Ausgleich für fachärztliche Leistungen ($\text{Ausgleich}_{\text{Praxis}}^{\text{FÄ}}$). Dieser ergibt sich nach folgender Maßgabe:

$$\text{angLB}_{\text{Praxis}}^{\text{FÄ}}$$

Leistungsanforderungen des aktuellen Abrechnungsquartals der jeweiligen Arztpraxis bzw. MVZ (HBSNR) für fachärztliche Leistungen in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, jedoch ohne Leistungen nach § 6 und § 9a Abs. 7a und 7b (Labor), § 6a (Bereitschaftsdienst und Notfall), § 9 (genetisches Labor und PFG) und § 9a Abs. 8 (Förderungswürdige Leistungen)

$VQ^{FÄ}$	Vergütungsquote des fachärztlichen Versorgungsbereichs des aktuellen Abrechnungsquartals nach Nr. 2
$VQFÄ_{Praxis}^{max}$	Maßgebliche arztpraxisbezogene Vergütungsquote nach Nr. 1 für fachärztliche Leistungen

Formel:

$$\text{Ausgleich}_{Praxis}^{FÄ} = \text{angLB}_{Praxis}^{FÄ} * (95\% * VQ^{FÄ} - VQFÄ_{Praxis}^{max})$$

Bei der Anwendung der vorgenannten Ausgleichsregelung bleiben die Vergütungsquoten verminderte Bereinigungsbeträge nach Anlage 6 I. und II. unberücksichtigt.

4. Für den Ausgleich nach Nr. 3 werden finanzielle Mittel in Höhe von 1.100.000 € aus Rückstellungen nach Abs. 2 Buchstaben (b), (c) und (d) zur Verfügung gestellt. Reichen diese Mittel zur Finanzierung des Ausgleichs in Höhe von 95 % der fachärztlichen Vergütungsquote nicht aus, so wird der %-Anteil entsprechend reduziert. Soweit die zur Verfügung stehenden Mittel einen Ausgleich auf mehr als 95 % der fachärztlichen Vergütungsquote zulassen, wird der %-Anteil entsprechend erhöht. Der Ausgleich wird auf maximal 100 % der fachärztlichen Vergütungsquote begrenzt; stehen in diesem Fall noch nicht verbrauchte Mittel aus dem Betrag nach Satz 1 zur Verfügung, so erfolgt ein Übertrag in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f.

(g) Umsetzungsverfahren zu den Rückstellungen (Auflösung, Rückführung)

Die im Rahmen der Berechnung der Praxisbudgets gebildeten Rückstellungen nach den Buchstaben (a) und (e) werden im Rahmen der Honorarberechnung des jeweiligen Abrechnungsquartals gemäß den Vorgaben nach § 9f Absatz 1 verwendet.

Nicht ausgeschöpfte Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) sind nach Ablauf eines Kalenderjahres in einer Schlussrechnung in Richtung Ärzte aufzulösen. Reichen die Rückstellungen nach den Buchstaben (b) und (d) nicht aus, so erfolgt ein Verlustvortrag in die nächstmögliche Quartalsabrechnung.

(3) Praxisbudget-Zuschläge

Abzug der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag zum Praxisbudget gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten.



(4) Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung

Abzug in Höhe von 2 % des fachärztlichen Grundbetrages nach § 7 Absatz 2 zur Finanzierung der abgestaffelten Vergütung gemäß § 9f.

(5) Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

Abzug des zu bildenden Vergütungsvolumens für die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM. Das Vergütungsvolumen ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(6) Besuchsleistungen

Abzug des für Besuchsleistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413 und 01415 EBM zu bildenden Vergütungsvolumens. Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Vergütungskontingent des entsprechenden Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7) Pathologische Leistungen Kapitel 19 EBM

Abzug des zur Vergütung von pathologischen Leistungen des Kapitels 19 EBM als Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen zu bildenden Vergütungsvolumens. Dieses ergibt sich aus dem entsprechenden Vergütungsvolumen des jeweiligen Vorjahresquartals, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7a) Vergütung der eigenerbrachten und von Laborgemeinschaften bezogenen (Anforderung über Muster 10A) Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 und der eigenerbrachten Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM

Abzug des für Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, die nicht aus dem Grundbetrag „Labor“ gemäß § 6 zu vergüten sind, zu bildenden Vergütungsvolumens.

- (a)** Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Anhang „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 des HVM, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, angepasst auf die Entwicklung der Versichertenzahl und zzgl. der im Zeitraum 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils zur Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Finanzmittel für die Leistungen nach Satz 1 (= § 6 Nr. 5 des HVM in der für das 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils geltenden Fassung).

- (b) Aus diesem Vergütungsvolumen werden die GOP 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150 zum Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
- (c) Aus diesem Vergütungsvolumen erfolgt des Weiteren die Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“ gemäß der Anlage 5.
- (d) Die weiteren aus diesem Vergütungsvolumen zu vergütenden Laboratoriumsuntersuchungen werden mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Abstufungsquote in Höhe von 89 % vergütet.
- (e) Im Falle einer Überschreitung des Vergütungsvolumens werden die hierfür erforderlichen Mittel dem fachärztlichen Grundbetrag entnommen.
- (f) Im Falle einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Übertragung der nicht benötigten Mittel in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Abs. 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(7b) Vergütung der Grundleistungen für Laborärzte

Abzug des für die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) zu bildenden Vergütungsvolumens.

- (a) Das Vergütungsvolumen bemisst sich nach dem Anhang „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 des HVM, erhöht um die für das aktuelle Abrechnungsquartal vereinbarte Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, angepasst auf die Entwicklung der Versichertenzahl und zzgl. der im Zeitraum 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils zur Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich bereitgestellten Finanzmittel für die Leistungen nach Satz 1 (= § 6 Nr. 5 des HVM in der für das 2. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2018 jeweils geltenden Fassung), soweit diese für die Erreichung einer Vergütungsquote von 100 % erforderlich waren. Soweit darüber hinaus Mittel bereitgestellt wurden, um die Anwendung des Anpassungsfaktors in Höhe von 1,4458 gemäß Ziffer 3.2 des bis zum 31.03.2018 gültigen Teils E der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung zu finanzieren, bleiben diese Mittel unberücksichtigt.
- (b) Aus diesem Vergütungsvolumen werden die Konsiliar- und Grundpauschalen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie für zur Abrechnung von Kostenerstattungen und Leistungen des Kapitels 32 EBM ermächtigte Laborärzte, Einrichtungen, Krankenhäuser und Institutionen (GOP 12210 und 12220 EBM) vergütet.



- (c) Im Falle einer Überschreitung des Vergütungsvolumens werden die aus diesem Vergütungsvolumen zu vergütenden Konsiliar- und Grundpauschalen entsprechend quotiert. Ergibt sich hierbei eine Quote von weniger als 95 % der Vergütungsquote des fachärztlichen Versorgungsbereichs (VQ^{FÄ}) gemäß § 9a Abs. 2 Bst. (f) Nr. 2 des Vorjahresquartals, so wird die Quote auf den Wert von 95 % angehoben. Die hierfür erforderlichen Mittel werden dem fachärztlichen Grundbetrag entnommen.
- (d) Im Falle einer Unterschreitung des Vergütungsvolumens erfolgt eine Übertragung der nicht benötigten Mittel in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Abs. 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(8) Förderungswürdige Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Es wird ein Honorarkontingent für förderungswürdige Leistungen gebildet. Das Volumen ergibt sich aus dem unter Anwendung des Trennungsfaktors gemäß den bis zum 30. September 2013 gültigen KBV-Vorgaben, Teil B, Schritt 15.) auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil des mit den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Finanzvolumens gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in der 288. Sitzung am 22.12.2012 (§ 5 Abs. 3 der Vergütungsvereinbarung).

Aus dem so zur Verfügung stehenden Finanzvolumen werden Zuschläge zu folgenden Leistungen vergütet:

- Zuschlag zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 in Höhe der jeweiligen EBM-Bewertung. Die Zuschläge werden unter Verwendung der Zusatzkennung „Z“ durch die KV zugesetzt.
- Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) nach der regionalen GOP 97220 in Höhe von 3,50 € als Zuschlag zu den radiologischen Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungsnummern 24210 bis 24212 EBM. Die Pauschale kann von Radiologen ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 EBM und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden. Darüber hinaus kann die Pauschale von Radiologen nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen keine Leistungen des Kapitels 34 EBM erbracht und berechnet werden.

Die Vergütung der Zuschläge zur PFG sowie die PFG für die Radiologen erfolgt nach folgender Maßgabe:

1. Schritt: Ermittlung einer einheitlichen Gesamtvergütungsquote für die PFG (einschließlich Zuschläge) sowie für die PFG der Radiologen

PFG_{GB}	Grundbetrag „PFG“ gemäß § 9 Absatz 2 im jeweiligen Abrechnungsquartal
$PFG_{Föwü}$	Im jeweiligen Abrechnungsquartal zur Verfügung stehendes Finanzvolumen für förderungswürdige Leistungen nach Satz 2
PFG_{Anf}^{EBM}	Leistungsanforderungen des jeweiligen Abrechnungsquartals für die Pauschale der fachärztlichen Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM
$PFG_{Anf}^{Radiologen}$	Leistungsanforderungen des jeweiligen Abrechnungsquartals für die Pauschale für fachärztliche Grundversorgung der Radiologen nach der regionalen GOP 97220
$PFG_{QGesamt}$	einheitliche Gesamtvergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM (einschließlich der mit „Z“ gekennzeichneten Zuschläge) und der 97220 im jeweiligen Abrechnungsquartal

Formel:

$$PFG_{QGesamt} = 1 + \frac{\frac{PFG_{GB} + PFG_{Föwü}^{EBM}}{PFG_{Anf}^{EBM}}}{PFG_{Anf}^{Radiologen}} \cdot PFG_{Anf}^{EBM}$$

2. Schritt: Ermittlung der Vergütungsquoten für die PFG und für die Zuschläge zur PFG

PFG_Q^{EBM}	Vergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM
$PFG_Q^{EBMZuschlag}$	Vergütungsquote für die mit „Z“ gekennzeichneten Zuschläge zu den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung nach den GOP 05220, 06220, 07220, 08220, 09220, 10220, 13220, 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644, 13694, 14214, 16215, 18220, 20220, 21218, 21225, 22216, 23216, 26220, 27220 EBM

Formel:

$$PFG_Q^{EBM} = \frac{PFG_{GB}}{PFG_{Anf}^{EBM}}$$

$$PFG_Q^{EBMZuschlag} = \frac{PFG_{Anf}^{EBM} \times PFG_{QGesamt} - PFG_{GB}}{PFG_{Anf}^{EBM}}$$

3. Schritt: Ermittlung der Vergütungsquote für die PFG der Radiologen

$PFG_Q^{\text{Radiologen}}$ Vergütungsquote für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung der Radiologen nach der regionalen GOP 97220

Formel: $PFG_Q^{\text{Radiologen}} = PFG_{Q\text{Gesamt}}$

(9) Verfahren bei Über- und Unterschreitung der Vorwegentnahmen

Über- und Unterschreitungen der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 sind in der Form gegenseitig verrechnungsfähig, dass im Falle der Unterschreitung eines Vergütungsvolumens nach Absätzen 5 bis 7 die nicht benötigten Mittel zur Finanzierung desjenigen Vergütungsvolumens nach Absätzen 5 bis 7 herangezogen werden, bei dem eine Überschreitung eingetreten ist.

Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Satz 1 verbleibenden Überschreitung der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 werden die Leistungen je Vergütungsvolumen entsprechend quotiert.

Im Falle einer nach der Verrechnung gemäß Satz 1 verbleibenden Unterschreitung der Vergütungsvolumina nach Absätzen 5 bis 7 erfolgt eine Übertragung in die abgestaffelte Vergütung gemäß § 9f Absatz 1 des jeweiligen Abrechnungsquartals.

(10) Vergütung der GOP 06225 EBM

Abzug des für die Vergütung des Zuschlages zur augenärztlichen Grundpauschale nach der GOP 06225 EBM zu bildenden Vergütungsvolumens. Dieses errechnet sich aus der Multiplikation der im entsprechenden Vorjahresquartal 2008 jeweils abgerechneten Frequenz der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 mit der jeweiligen Differenz deren Leistungsbewertung im Jahre 2008 zur Leistungsbewertung im aktuellen Quartal und dem im jeweiligen Abrechnungsquartal geltenden Orientierungspunktwert:

Formel:

$$\text{Vorwegabzug}_{06225}^{\text{Augenärzte}} = \sum \text{Anzahl GP}_{2008}^{\text{Augenärzte}} \times (\text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{2008} - \text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{\text{Quartal}}) \times \text{OPW}^{\text{Quartal}}$$

$GP_{2008}^{\text{Augenärzte}}$ Anzahl der im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2008 anerkannten Abrechnungsfrequenzen der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

$\text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{2008}$ EBM-Wert in Punkten im jeweiligen Abrechnungsquartal des Jahres 2008 der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

$\text{EBM-Wert}_{\text{GP}}^{\text{Quartal}}$ EBM-Wert in Punkten im aktuellen Abrechnungsquartal der augenärztlichen Grundpauschalen nach den GOP 06210 bis 06212 EBM

$\text{OPW}^{\text{Quartal}}$ maßgeblicher bundesweiter Orientierungspunktwert im aktuellen Abrechnungsquartal

Reicht das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen zur Vergütung der Leistung nicht aus, so werden die Leistungen quotiert.

(11) Leistungen gemäß Abschnitt 5.3 EBM

Für anästhesiologische Leistungen gemäß Abschnitt 5.3 EBM, die gemäß Abschnitt 5.1 Nr. 8 zweiter Spiegelstrich EBM im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie erbracht werden, finden Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars keine Anwendung. Die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel werden aus der Rückstellung gemäß Abs. 2 Bst. (b) Nr. 1 „Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben“ entnommen.

(12) Ambulante Krankenhausleistungen gemäß § 120 Abs. 3a SGB V in Verbindung mit § 75 Abs. 1a Satz 6 und § 76 Abs. 1a SGB V

Sofern die Terminservicestelle gemäß § 75 Abs. 1a Satz 6 SGB V einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten hat, sind die im Rahmen einer solchen Inanspruchnahme erbrachten ambulanten Krankenhausleistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren (§ 120 Abs. 3a SGB V). Die hierfür erforderlichen Mittel werden aus der Rückstellung gemäß Abs. 2 Bst. (b) Nr. 1 „Rückstellung für sonstige Sicherstellungsaufgaben“ entnommen.

§ 9b

Berechnung von Honorarkontingenten und von Praxisbudgets des fachärztlichen Versorgungsbereichs

- (1)** Der nach Abzug von Vorwegentnahmen gemäß § 9a verbleibende fachärztliche Grundbetrag nach § 7 Absatz 2 steht für die Finanzierung der nachfolgenden Honorarkontingente und Praxisbudgets zur Verfügung.
- (2)** Für die nachfolgend aufgeführten Fachgruppen werden Honorarkontingente für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des jeweiligen Abrechnungsquartals, ohne die in § 9a aufgeführten Leistungen und Leistungsbereiche (Vorwegentnahmen) gebildet:
1. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
 2. Humangenetiker
 3. Laborärzte, Transfusionsmediziner, Mikrobiologen
 4. Pathologen
 5. ermächtigte Krankenhausärzte; jeweils getrennt für die Schwerpunkte Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Laborärzte, MKG-Chirurgen, Nervenärzte, Neurochirurgen, Orthopäden, Pathologen, ärztliche Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen
 6. ermächtigte Krankenhäuser, Institute und Nicht-Vertragsärzte

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

Die Honorarkontingente ergeben sich jeweils aus der Summe der im Vorjahresquartal für die in Satz 1 genannten Leistungen gezahlten Honorare, jedoch ohne Honoraranteile der im Vorjahresquartal gezahlten abgestaffelten Vergütung gemäß § 9f. Für die in Nr. 7 genannten Fachgruppen bleiben bei der Bemessung des Honorarkontingentes darüber hinaus Honoraranteile unberücksichtigt, die im Vorjahresquartal aus vorhandenen Rückstellungen finanziert wurden. Die sich so errechneten Ausgangswerte werden nach Maßgabe der Anlage 2 angepasst.

Liegen die Leistungsanforderungen über den jeweiligen Honorarkontingenten, so werden die Überschreitungen nach § 9f Absatz 5 abgestaffelt vergütet.

- (3)** Für die nachfolgend aufgeführten Fachgruppen werden Praxisbudgets für fachärztliche Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Abgrenzung des jeweiligen Abrechnungsquartals, ohne die in § 9a aufgeführten Leistungen und Leistungsbereiche (Vorwegnahmen) gebildet:

1. Anästhesisten
2. Augenärzte
3. Chirurgen
4. Frauenärzte
5. Frauenärzte mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin
6. HNO-Ärzte
7. Phoniater und Pädaudiologen
8. Hautärzte
9. Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt
10. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
11. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie
12. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
13. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie / Onkologie
14. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
15. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie
16. Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
17. Nervenärzte / Neurologen
18. Psychiater
19. Kinder- und Jugendpsychiater (ohne Sozialpsychiatrie)
20. Kinder- und Jugendpsychiater (mit Sozialpsychiatrie)
21. Orthopäden
22. Urologen
23. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
24. Neurochirurgen
25. Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin

26. niedergelassene Radiologen / Strahlentherapeuten / Nuklearmediziner
27. Übrige Fachärzte (je Versorgungsschwerpunkt)

Hierfür wird der nach Abzug der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge nach § 9, der Vorwegentnahmen nach § 9a sowie der Honorarkontingente nach Absatz 1 verbleibende fachärztliche Grundbetrag zur Verfügung gestellt.

Die Praxisbudgets ergeben sich nach Maßgabe der Anlage 2.

§ 9c

unbesetzt

§ 9d

unbesetzt

§ 9e

unbesetzt

§ 9f

**Vergütung des die Honorarkontingente und Praxisbudgets
überschreitenden Leistungsbedarfs**

- (1)** Im Rahmen der Honorarberechnung wird der nach Abzug der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge gemäß § 9 sowie der Vorwegentnahmen gemäß § 9a verbleibende fachärztliche Grundbetrag ergänzt um
 - a) die Rückstellungen für die Zunahme von Ärzten sowie für Fehlschätzungen gemäß § 9a Absatz 2 Buchstabe (a) und (e)
 - b) den Abzug für Praxisbudget-Zuschläge gemäß § 9a Absatz 3 sowie
 - c) das Vergütungsvolumen für abgestaffelte Vergütung gemäß § 9a Absatz 4
 - d) nicht verbrauchte Vergütungsvolumina von Vorwegentnahmen gemäß § 9a Absatz 8, nicht verbrauchte Mittel gemäß § 9a Abs. 2 Bst. (f) Nr. 4, nicht verbrauchte Mittel gemäß § 9a Abs. 7a Bst. (f) sowie nicht verbrauchte Mittel gemäß § 9a Abs. 7b Bst. (d).

(2) Im Rahmen der Honorarberechnung werden darüber hinaus folgende Summen festgestellt und zusammengefasst:

- a) die Summe der im Rahmen der jeweiligen Honorarabrechnung endgültig zuerkannten Praxisbudgets des fachärztlichen Versorgungsbereichs,
- b) die Summe der Honorarkontingente nach § 9b Absatz 2.

Liegen die Honoraranforderungen dieser Arztgruppen unter dem jeweils zur Verfügung stehenden Honorarkontingent, so wird die Summe der jeweiligen Honoraranforderung herangezogen.

Die Differenz des Vergütungsvolumens nach Absatz 1 zur Gesamtsumme nach Satz 1 gilt als Ausgangsbasis zur Berechnung der abgestaffelten Vergütung des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

(3) Im Rahmen der Honorarberechnung werden des Weiteren

- die über die zuerkannten Praxisbudgets hinausgehenden Leistungsanforderungen des gesamten fachärztlichen Versorgungsbereichs (fachärztliche Praxisbudget-Überschreitungen) sowie
- die Summe der über den Honorarkontingenten nach § 9b Absatz 2 liegenden Leistungsanforderungen

festgestellt und zu einer Gesamtsumme zusammengefasst.

(4) Die für das jeweilige Abrechnungsquartal maßgebliche Ausgangsbasis für die abgestaffelte Vergütung gemäß Absatz 2 wird durch die Gesamtsumme der Überschreitungen nach Absatz 3 dividiert. Es entsteht eine fachärztliche Quote für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen.

(5) Die in Absatz 3 aufgeführten Überschreitungen werden mit der fachärztlichen Quote nach Absatz 4 vergütet.



Abschnitt III Sonstige Bestimmungen

§ 10

Bereinigung der Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente und Praxisbudgets

Im Falle der Bereinigung des Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente und Praxisbudgets nach Maßgabe der Anlage 6 bereinigt.

§ 11

Inkrafttreten / Geltungsdauer

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt zum 01.07.2019 in Kraft.

Abschnitt IV Änderungs-/Ergänzungsvorbehalt

Da die Auswirkungen der mit Wirkung zum 01.07.2019 in Kraft tretenden EBM-Änderungen und HVM-Anpassungen nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KV Saarland beauftragt, unter Berücksichtigung von eventuell geleisteten Ausgleichszahlungen nach § 8 Absatz 2 Buchstabe (f) bzw. § 9a Absatz 2 Buchstabe (f) sowie etwaiger Zahlungen im Rahmen der Anlage 7 gegebenenfalls weitere angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen im Einzelfall zu verhindern oder abzuschwächen, soweit hierfür Mittel aus den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben (§ 8 Abs. 2 (b) bzw. § 9a Abs. 2 (b)) zur Verfügung stehen. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand, er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung.

Saarbrücken, 20.02.2019

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland

Dr. med. Dirk Jesinghaus
Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Saarland



Anlage 1

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

Berechnung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung gemäß Beschluss Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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 zur Folge haben, werden die notwendigen Regelungen in Form von Anhängen 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 GOP 32860 bis 32864, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“), für alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kap. 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“) 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.

1.3 Versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge sind je Versicherten verpflichtend im fachärztlichen Versorgungsbereich zu bestimmende Beträge, die für den Leistungsbereich Humangenetik

² 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.

(Grundbetrag „genetisches Labor“ für die Vergütung der GOP 01841, 01842, 11230, 11233 bis 11236 sowie 32860 bis 32864, 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 den Nrn. 2 bis 6 bestimmten Grundbeträge im jeweiligen Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Anhänge zu dieser Anlage bilden die Ausgangswerte für die Anpassung der Grundbeträge. Dabei sind Beträge aus dem Vorjahresquartal, die gemäß der Nrn. 3.5 sowie gemäß § 6 Abs. 3 Satz 4 und § 6a Satz 5 HVM nicht basiswirksam sind, entsprechend nicht zu berücksichtigen. Auf der Basis dieser Ausgangswerte werden in jedem aktuellen Abrechnungsquartal die entsprechenden Grundbeträge gemäß den Verfahren gemäß der Nrn. 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 Ausdeckung bestimmten Beträge oder den Empfehlungen des Bewertungsausschusses. Mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund von Ausdeckungen oder der Addition aufgrund von Eindeckung 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 SGB V nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen darf, umzusetzen.

3.6 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“) 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“) jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bestimmt.
3. Zu dem Vergleichswert des aktuellen Quartals wird bei gegebenenfalls erfolgter Bereinigung für allgemeine Laboratoriumsleistungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-GO addiert. Ebenfalls werden die Überführung von

Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im EBM 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 dem „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d.h. ein Leistungsmengentrückgang bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
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 gemäß des Anhangs „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 gültig für den Zeitraum 2. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2019 ergab, und
- den gemäß Nrn. 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“ zugeführt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziff. 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 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“) 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“) 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-GO addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im EBM 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.
5. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und dem 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 gemäß des Anhangs „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 – gültig für den Zeitraum 2. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2019 ergab, und
- den gemäß Nrn. 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“ zugeführt wird.

7. Bei diesem Verfahren ist sicherzustellen, dass die kumulierten Differenzen gemäß Ziff. 4 („Referenzwert Eigenerbringung“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Eigenerbringung“) der jeweiligen Quartale den erstmalig bestimmten „Referenzwert Muster 10“ 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 ent-

spricht, wird folgende Korrektur vorgenommen: Die Differenz zwischen der vereinbarten bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Summe der Vergütungsvolumina aller Grundbeträge wird ermittelt und entsprechend der Anteile 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.

Anhang „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags Labor“ zur Anlage 1 gültig für den Zeitraum 2. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2019

Dieser Anhang regelt das Nähere zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen und der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für den Zeitraum vom 2. Quartal 2018 bis zum 1. Quartal 2019.

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des Grundbetrags „Labor“ wird aufgrund folgender dem Grundbetrag „Labor“ bis 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“³ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.⁴

Anhang „Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags genetisches Labor“ zur Anlage 1 gültig für den Zeitraum 2. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2020

Dieser Anhang regelt das Nähere zur Anpassung der Vergütung humangenetischer Leistungen aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung, Teil B, und der damit verbundenen Anpassung betroffener Grundbeträge für den Zeitraum vom 2. Quartal 2019 bis zum 1. Quartal 2020.

Der Ausgangswert für die Fortschreibung des fachärztlichen Grundbetrags wird 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 GOP 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 GOP und dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal.

Die Fortschreibung der so angepassten Ausgangsbasis für jeden Grundbetrag erfolgt entsprechend den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, Teil B.

³ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

⁴ Hinsichtlich der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte ist der durch die Steuerung gemäß KBV-Vorgaben, Teil E Nr. 3.4 (= § 6 Nr. 4 des HVM) anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

Anlage 2

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Anpassung von Honorarkontingenten und Berechnung der Praxisbudgets gemäß § 8b und § 9b

I. Anpassung von Honorarkontingenten und Berechnung der Praxisbudgets im Zeitraum 1/2015 bis 4/2015

1. Berechnung der Ausgangswerte für Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich (HKAW_{FG0PB})

Ausgangswerte für die Ermittlung der Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich sind die nach Maßgabe des § 9b Absatz 1 ermittelten Beträge je Fachgruppe (HKAW_{FG0PB}).

2. Berechnung der Ausgangswerte für Praxisbudgets (PBAW_{Praxis})

Die Berechnung der Praxisbudgets basiert auf folgenden Ausgangswerten:

$$PBAW_{Praxis} = RLV_{VJQ}^{Praxis} + QZV_{VJQ}^{Praxis} + GPS_{VJQ}^{Praxis} + PBeS_{VJQ}^{Praxis} - ZKoop_{VJQ}^{Praxis}$$

RLV_{VJQ}^{Praxis}: auf Basis des jeweiligen Honorarbescheides im entsprechenden Vorjahresquartal zuerkannte Gesamtsumme des Regelleistungsvolumens (RLV) der Praxis, nach gegenseitiger Verrechnung von RLV- und QZV- Über- und Unterschreitungen nach den Vorgaben § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) in der im Vorjahresquartal geltenden Fassung des HVM der KV Saarland, jedoch ohne Honorar für abgestaffelte Vergütung der RLV-Überschreitung (Anlage A2 Nr. 1 des Honorarbescheids)

QZV_{VJQ}^{Praxis}: auf Basis des jeweiligen Honorarbescheides im entsprechenden Vorjahresquartal zuerkannte Gesamtsumme des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) der Praxis, nach gegenseitiger Verrechnung von RLV- und QZV- Über- und Unterschreitungen nach den Vorgaben § 5 Absatz 4 Buchstabe (i) in der im Vorjahresquartal geltenden Fassung des HVM der KV Saarland, jedoch ohne Honorar für abgestaffelte Vergütung der QZV-Überschreitung (Anlage A2 Nr. 2 des Honorarbescheids)

GPS_{VJQ}^{Praxis}: Betrag der für das jeweilige Vorjahresquartal zuerkannten Leistungen des Vorwegabzuges „Geriatric/Palliativmedizin/Sozialpädiatrie“ gemäß § 8 Abs. 7 der bis zum 31.03.2015 geltenden Fassung des HVM (nur hausärztlicher Versorgungsbereich)

PBeS_{VJQ}^{Praxis}: Betrag der für das jeweilige Vorjahresquartal nachträglich zuerkannten Praxisbesonderheiten bzw. anderer RLV- bzw. QZV-Erhöhungen

ZKoop_{VJQ}^{Praxis}: Gesamtbetrag des im jeweiligen Vorjahresquartal zuerkannten Zuschlages für kooperative Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten

Die vorgenannten Berechnungen der praxisbezogenen Ausgangswerte werden in versorgungsbereichsübergreifenden Praxen für den jeweiligen Versorgungsbereich getrennt durchgeführt.

3. Anpassung der Ausgangswerte auf die aktuell vorhandenen Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs

Die Anpassung der in Nrn. 1 und 2 genannten Ausgangswerte erfolgt für jeden Versorgungsbereich getrennt. Die Ausgangswerte werden wie folgt auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel angepasst:

Formel zur Anpassung der Ausgangswerte für Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich:

$$HK_{FGoPB}^{angep} = \frac{HKAW_{FGoPB}}{\sum PBAW_{Praxis}^{VB} + \sum HKAW_{FGoPB}} * VV_{HKPB}^{VB}$$

Formel zur Anpassung der Ausgangswerte für Praxisbudgets:

$$PB_{Praxis}^{angep} = \frac{PBAW_{Praxis}^{VB}}{\sum PBAW_{Praxis}^{VB} + \sum HKAW_{FGoPB}} * VV_{HKPB}^{VB}$$

HK_{FGoPB}^{angep} auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel des fachärztlichen Versorgungsbereichs angepasster Ausgangswert des Honorarkontingentes einer Fachgruppe ohne Praxisbudget gemäß § 9b Absatz 1

PB_{Praxis}^{angep} : auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs angepasster Ausgangswert der Praxis

$HKAW_{FGoPB}$ der nach I. Nr. 1 gebildete Ausgangswert einer Fachgruppe ohne Praxisbudget gemäß § 9b Absatz 1

$PBAW_{Praxis}^{VB}$: der nach I. Nr. 2 für den jeweiligen Versorgungsbereich gebildete Ausgangswert der Praxis

$\sum HKAW_{FGoPB}$ Summe aller nach I. Nr. 1 ermittelten Ausgangswerte der Honorarkontingente für Fachgruppen ohne Praxisbudgets gemäß § 9b Absatz 1

$\sum PBAW_{Praxis}^{VB}$: Summe aller nach I. Nr. 2 ermittelten Ausgangswerte des jeweiligen Versorgungsbereichs

VV_{HKPB}^{VB} : die im jeweiligen Abrechnungsquartal für Honorarkontingente und/oder für Leistungen der Praxisbudgets zur Verfügung stehenden Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs (§ 8b bzw. § 9b Absatz 1)

4. Ermittlung des vorläufigen Praxisbudgets

Das je Praxis vorläufig zustehende Praxisbudget ergibt sich aus der Summe der nach I. Nr. 3 je Versorgungsbereich errechneten und auf die aktuellen Finanzmittel angepassten Ausgangswerte, erhöht um den nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) der Praxis zustehenden Zuschlag für Kooperationen ($PB_{\text{Zuschlag}}^{\text{Koop}}$).

$$PB_{\text{vorl}} = \sum PB_{\text{Praxis}}^{\text{angep VB}} + PB_{\text{Zuschlag}}^{\text{Koop}}$$

5. Bereinigung des vorläufigen Praxisbudgets

Das nach I. Nr. 3 ermittelte vorläufige Praxisbudget wird um den auf die jeweilige Praxis entfallenden Anteil nachfolgend aufgeführter Beträge bereinigt:

- Bereinigungsvolumen bei Teilnahme an Selektivverträgen nach Maßgabe der Anlage 6 I. ($BV_{\text{Praxis}}^{\text{SV}}$)
- Bereinigungsvolumen bei Teilnahme an der ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach Maßgabe der Anlage 6 II. ($BV_{\text{Praxis}}^{\text{ASV}}$)
- Korrekturvolumen nach Maßgabe der Anlage 6 III. aufgrund gesamtvertraglich vereinbarter Überführung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) bzw. umgekehrt ($KV_{\text{Praxis}}^{\text{MGV_EGV}}$)

6. Berechnung des zustehenden Praxisbudgets

Das für das jeweilige Abrechnungsquartal zustehende Praxisbudget einer Praxis ergibt sich durch den Abzug der in Nr. 5 genannten Bereinigungsbeträge vom vorläufigen Praxisbudget nach I. Nr. 4.

$$PB_{\text{Praxis}} = PB_{\text{vorl}} - BV_{\text{Praxis}}^{\text{SV}} - BV_{\text{Praxis}}^{\text{ASV}} - KV_{\text{Praxis}}^{\text{MGV_EGV}}$$

II. Berechnung der Praxisbudgets ab 1/2016

1. Berechnung der Ausgangswerte für Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich ($HKAW_{\text{FGoPB}}$)

Ausgangswerte für die Ermittlung der Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich sind die nach Maßgabe des § 9b Absatz 1 ermittelten Beträge je Fachgruppe ($HKAW_{\text{FGoPB}}$).

2. Berechnung der Ausgangswerte für Praxisbudgets ($PBAW_{\text{Praxis}}$)

Die Berechnung der Praxisbudgets basiert auf folgenden Ausgangswerten:

$$PBAW_{\text{Praxis}}^{\text{akt}} = PBAW_{\text{Praxis}}^{\text{angep VB_VJQ}}$$

$PBAW_{\text{Praxis}}^{\text{akt}}$: Ausgangswert zur Berechnung des Praxisbudgets für das aktuelle Abrechnungsquartal

$PBAW_{Praxis}^{angep, VB_VJQ}$ auf die für Praxisbudgets zur Verfügung stehenden Finanzmittel angepasster Ausgangswert der Praxis im jeweiligen Vorjahresquartal (bei Unterschreitung des Praxisbudgets im jeweiligen Vorjahresquartal wird das Ist-Honorar für Leistungen des Praxisbudgets als Ausgangswert herangezogen)

Die vorgenannten Berechnungen der praxisbezogenen Ausgangswerte werden in versorgungsbereichsübergreifenden Praxen für den jeweiligen Versorgungsbereich getrennt durchgeführt.

3. Anpassung der Ausgangswerte auf die aktuell vorhandenen Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs

Die Anpassung der in Nr. 1 und 2 genannten Ausgangswerte erfolgt für jeden Versorgungsbereich getrennt. Die Ausgangswerte werden wie folgt auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel angepasst:

Formel zur Anpassung der Ausgangswerte für Honorarkontingente der Fachgruppen ohne Praxisbudgets im fachärztlichen Versorgungsbereich:

$$HK_{FGoPB}^{angep} = \frac{HKAW_{FGoPB}}{\sum PBAW_{Praxis}^{akt_VB} + \sum HKAW_{FGoPB}} * VV_{HKPB}^{VB}$$

Formel zur Anpassung der Ausgangswerte für Praxisbudgets:

$$PB_{Praxis}^{angep, VB} = \frac{PBAW_{Praxis}^{akt}}{\sum PBAW_{Praxis}^{akt_VB} + \sum HKAW_{FGoPB}} * VV_{HKPB}^{VB}$$

HK_{FGoPB}^{angep} auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel des fachärztlichen Versorgungsbereichs angepasster Ausgangswert des Honorarkontingentes einer Fachgruppe ohne Praxisbudget gemäß § 9b Absatz 1

$PB_{Praxis}^{angep, VB}$: auf die aktuell zur Verfügung stehenden Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs angepasster Ausgangswert der Praxis

$HKAW_{FGoPB}$ der nach II. Nr. 1 gebildete Ausgangswert einer Fachgruppe ohne Praxisbudget gemäß § 9b Absatz 1

$PBAW_{Praxis}^{akt}$: der nach II. Nr. 2 für den jeweiligen Versorgungsbereich gebildete Ausgangswert der Praxis

$\sum HKAW_{FGoPB}$ Summe aller nach II. Nr. 1 ermittelten Ausgangswerte der Honorarkontingente für Fachgruppen ohne Praxisbudgets gemäß § 9b Absatz 1

$\sum PBAW_{Praxis}^{VB}$: Summe aller nach II. Nr. 2 ermittelten Ausgangswerte des jeweiligen Versorgungsbereichs

VV_{HKPB}^{VB} : die im jeweiligen Abrechnungsquartal für Honorarkontingente und/oder für Leistungen der Praxisbudgets zur Verfügung stehenden Finanzmittel des jeweiligen Versorgungsbereichs (§ 8b bzw. § 9b Absatz 1)

4. Ermittlung des vorläufigen Praxisbudgets

Das je Praxis vorläufig zustehende Praxisbudget ergibt sich aus der Summe der nach II. Nr. 3 je Versorgungsbereich errechneten und auf die aktuellen Finanzmittel angepassten Ausgangswerte, erhöht um den nach § 5 Absatz 4 Buchstabe (h) der Praxis zustehenden Zuschlag für Kooperationen ($PB_{Zuschlag}^{Koop}$)

$$PB_{vorl} = \sum PB_{Praxis}^{angep VB} + PB_{Zuschlag}^{Koop}$$

5. Bereinigung des vorläufigen Praxisbudgets

Das nach II. Nr. 3 ermittelte vorläufige Praxisbudget wird um den auf die jeweilige Praxis entfallenden Anteil nachfolgend aufgeführter Beträge bereinigt:

- Bereinigungsvolumen bei Teilnahme an Selektivverträgen nach Maßgabe der Anlage 6 I. (BV_{Praxis}^{SV})
- Bereinigungsvolumen bei Teilnahme an der ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach Maßgabe der Anlage 6 II. (BV_{Praxis}^{ASV})
- Korrekturvolumen nach Maßgabe der Anlage 6 III. aufgrund gesamtvertraglich vereinbarter Überführung von Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (EGV) bzw. umgekehrt ($KV_{Praxis}^{MGV_EGV}$)

6. Berechnung des zustehenden Praxisbudgets

Das für das jeweilige Abrechnungsquartal zustehende Praxisbudget einer Praxis ergibt sich durch den Abzug der in Nr. 5 genannten Bereinigungsbeträge vom vorläufigen Praxisbudget nach II. Nr. 4:

$$PB_{Praxis} = PB_{vorl} - BV_{Praxis}^{SV} - BV_{Praxis}^{ASV} - KV_{Praxis}^{MGV_EGV}$$

Anlage 3

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Vergütungsregelungen für gemäß § 87b Abs. 4 SGB V anerkannte Praxisnetze gemäß Teil G der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung

I. Regelungsgegenstand / förderfähige Praxisnetze

Die nachfolgend dargestellte Vergütungsregelung gilt ausschließlich für solche Praxisnetze, die eine Anerkennung der KVS gemäß § 87b Abs. 4 SGB V besitzen.

II. Vergütungsregelung

1. Die Mitglieder des Praxisnetzes erhalten für die Teilnahme an Sitzungen von Qualitätszirkeln eine Vergütung in Höhe von 100 Euro je Sitzung. Diese Vergütung wird gezahlt für die Teilnahme an bis zu zwei Sitzungen des jeweiligen Qualitätszirkels im Abrechnungsquartal. Die Vergütung erfolgt für maximal 15 Teilnehmer je Qualitätszirkel.
2. Die Vergütung nach Nr. 1 erfolgt unter der Voraussetzung, dass in der Regel 90% der Mitglieder des Praxisnetzes im jeweiligen Abrechnungsquartal an mindestens einer Sitzung eines Qualitätszirkels teilgenommen haben.
3. Gemäß § 5 Abs. 4 Bst. (n) steht für die Vergütungsregelung ein Volumen von maximal 70.000 Euro je Quartal zur Verfügung. Daher erfolgt die Vergütung gemäß Nr. 1 unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Quotierung.
4. Zur Ermittlung der Vergütungen je Abrechnungsquartal sind der KVS die Teilnahmelisten der Qualitätszirkelsitzungen einzureichen. Die Teilnahmelisten sind bis spätestens zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats einzureichen. Teilnahmelisten, die nach dieser Frist eingereicht werden, können für die Vergütungsregelung nicht berücksichtigt werden.
5. Die Auszahlung der Vergütungen erfolgt nicht an die einzelnen Netzärzte, sondern an den vom Praxisnetz hierfür benannten Netzverantwortlichen.



Anlage 4

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin sowie ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin gemäß Teil A Nr. 8 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung

- gültig für Fachärzte für Transfusionsmedizin -

Für Fachärzte für Transfusionsmedizin unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (ohne GOP 32860 bis 32864, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe in nachfolgender Tabelle vorgegebenen und mit der Abstufungsquote in Höhe von 89 % multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle nach der Definition des Bundesmantelvertrages des aktuellen Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Referenz-Fallwert für die Ermittlung des Budgets:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Transfusionsmediziner	40,00 €

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 berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Für über die zugeteilte Höhe hinaus erbrachte Leistungen ist eine Vergütung mit einer Mindestquote von 35 % vorzunehmen.

Der Vorstand der KVS kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall das sich nach den vorstehenden Regelungen ergebende Budget bedarfsgerecht anpassen, wenn der betroffene Vertragsarzt der KVS gegenüber nachweist, dass er die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

Die Laboratoriumsuntersuchungen werden im Rahmen der Budgetierung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Abstufungsquote in Höhe von 89 % vergütet.

Anlage 5

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“ gemäß Teil A Nr. 9 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung

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“), unterliegen die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM (ohne GOP 32860 bis 32864, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) einer fallwertbezogenen Budgetierung. Die in den Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einem begrenzten Gesamthonorarvolumen zu vergüten. Die Höhe der Budgets ergibt sich aus dem Produkt des für die Arztgruppe in nachfolgender Tabelle vorgegebenen und mit der Abstufungsquote in Höhe von 89 % multiplizierten Referenz-Fallwertes und der Zahl der Behandlungsfälle nach der Definition des Bundesmantelvertrages des aktuellen Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Frauenärzte	4,00 €
Dermatologen	4,00 €
Fachinternisten mit SP Endokrinologie	40,00 €
Fachinternisten mit SP Onkologie/Hämatologie	8,00 €
Fachinternisten ohne SP	4,00 €
Fachinternisten mit SP Pneumologie	4,00 €
Fachinternisten mit SP Rheumatologie	40,00 €
Nuklearmediziner	10,00 €
Urologen	4,00 €
Humangenetiker	4,00 €
Fachärzte mit SP Allergologie	40,00 €
Erm. Ärzte /erm. Institute	4,00 €
Fachinternisten mit SP Gastroenterologie	1,00 €
Fachinternisten mit SP Kardiologie	1,00 €
Fachinternisten mit SP Nephrologie	4,00 €

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 berechtigt sind oder der Fallwertsteuerung nicht unterliegen, werden mit einem Referenz-Fallwert von 0 Euro berücksichtigt.

Der Vorstand der KVS kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall das sich nach den vorstehenden Regelungen ergebende Budget bedarfsgerecht anpassen, wenn der betroffene Vertragsarzt der KVS gegenüber nachweist, dass er die Anforderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt.

Die Laboratoriumsuntersuchungen werden im Rahmen der Budgetierung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Abstaffelungsquote in Höhe von 89 % vergütet.



Anlage 6

zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019

Vorgaben im Falle der Bereinigung des Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV-Bereinigungen)

Bereinigung von Grundbeträgen, Vorwegentnahmen, Honorarkontingenten bzw. Praxisbudgets

I. Bereinigung von Selektivverträgen

Bei der Feststellung von Grundbeträgen, Vorwegentnahmen, Honorarkontingenten bzw. der Praxisbudgets sind gesamtvertraglich vereinbarte Bereinigungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Selektivverträgen nach §§ 73b Abs. 7 und 140a Abs. 4 SGB V nach den Vorgaben gemäß Beschluss Teil F der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung nach § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V wie folgt zu berücksichtigen.

Hierzu gilt das im Folgenden beschriebene Verfahren.

1. Grundsätze für die Bereinigung

Für die Bereinigung von Grundbeträgen, Vorwegentnahmen, Honorarkontingenten bzw. Praxisbudgets gelten folgende Grundsätze:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für die gleichen Quartale und in Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für die in den jeweiligen Bereinigungsverträgen vereinbarten bereinigungsrelevanten selektivvertraglichen Leistungen (Ziffernkranz des Selektivvertrages).
3. 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.
4. Im Falle einer gesamtvertraglich vereinbarten KV-übergreifenden Bereinigung wird diese Bereinigung nur für die im Bereich der KV Saarland wohnenden Versicherten durchgeführt, für die eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgenommen wurde. Die Bereinigung erfolgt dabei aus dem jeweiligen Grundbetrag (Vorwegabzüge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingent bzw. Praxisbudget), dem die zu bereinigenden Leistungen zugeordnet sind.
5. Die Bereinigung der Praxisbudgets betrifft nur diejenigen Ärzte, Praxen und Arztgruppen, welche an einem Selektivvertrag teilnehmen. Dabei werden nur diejenigen Leistungen, Kostenerstattungen und Fälle aus dem zu bereinigenden Behandlungsbedarf berücksichtigt, die dem Praxisbudget unterliegen.

6. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Höhe der Rückstellungen gemäß § 8 Absatz 2 bzw. § 9 Absatz 2 sowie der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegentnahmen und Honorarkontingente werden entsprechend der jeweiligen Anteile berücksichtigt.
7. Auswirkungen der Selektivverträge auf die Maßnahmen nach § 5 Absatz 4 Buchstaben (h), (j), (k), und (l) werden ebenfalls berücksichtigt.
8. Für den Fall einer deklaratorischen Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V ist auch eine deklaratorische Bereinigung der Praxisbudgets nach den Grundsätzen der Ziffern 1. bis 6. vorzunehmen.
9. Rechnet ein Vertragsarzt Leistungen für einen Versicherten, für den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt wurde, ab, so werden diese Leistungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.
10. Mehrfachbereinigungen bei einem Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen durch eine Krankenkasse werden vermieden.

2. Datengrundlage

Grundlage der Bereinigungen bilden die Daten nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung sowie die hierzu in den Bereinigungsverträgen getroffenen Festlegungen.

3. Bereinigung bei ex-ante Einschreibung

3.1 Ermittlung des MGV-Bereinigungsvolumens

Grundlage für die Bereinigung ist die je Quartal und je zu bereinigendem Vertrag nach §§ 73b Abs. 7 und 140a Abs. 4 SGB V gesonderte Feststellung des insgesamt zu bereinigenden Behandlungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Versicherte mit ex-ante Einschreibung. Diese Feststellung basiert auf den zwischen den jeweiligen Gesamtvertragspartnern vereinbarten Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V.

Der jeweils maßgebliche MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die von der Bereinigung betroffenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegabzüge, Honorarkontingente und Praxisbudgets entsprechend des jeweiligen %ualen Anteils der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes gemäß MGV-Bereinigungsvertrag im jeweiligen Vorjahresquartal aufgeteilt.

3.2 Bereinigung der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegabzüge und Honorarkontingente

Der nach Nr. 3.1 Satz 3 auf den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag, Vorwegabzug bzw. Honorarkontingent entfallende Bereinigungsbetrag wird von dem hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

3.3 Bereinigung der Praxisbudgets

Der nach Nr. 3.1 Satz 3 auf Praxisbudgets entfallende Bereinigungsbetrag wird durch die Gesamtsumme der im zu bereinigenden Abrechnungsquartal ex-ante eingeschriebenen Versicherten des jeweiligen Vertrages dividiert. Die Bereinigungssumme der einzelnen Praxis ergibt sich aus der Multiplikation des nach Satz 1 errechneten durchschnittlichen Praxisbudget-Bereinigungsbetrages je Selektivvertrags-Teilnehmer mit der Zahl der durch die Praxis im zu bereinigenden Abrechnungsquartal eingeschriebenen Teilnehmer.

4. Situative Bereinigung

Grundlage für die Bereinigung ist der festgestellte MGV-Bereinigungsbetrag für Verträge mit situativer Bereinigung auf Basis der hierfür mit den jeweiligen Gesamtvertragspartnern abgeschlossenen Vereinbarung zur situativen Bereinigung.

Der im zu bereinigenden Abrechnungsquartal maßgebliche Bereinigungsbetrag für situative Bereinigung nach Satz 1 wird auf die davon betroffenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente bzw. Praxisbudgets aufgeteilt.

5. KV-übergreifende Bereinigung

5.1 Bereinigungsvolumen der KV-übergreifenden Bereinigung

Grundlage für die KV-übergreifende Bereinigung ist der sich auf Basis der mit den jeweiligen Gesamtvertragspartnern geschlossenen Vereinbarung über KV-übergreifende Bereinigung ergebende quartalsbezogene Bereinigungsbetrag.

Der jeweils maßgebliche MGV-Bereinigungsbetrag wird auf die von der Bereinigung betroffenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegabzüge, Honorarkontingente und praxisbudgetrelevanten Arztgruppen entsprechend des jeweiligen %ualen Anteils der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen des Bereinigungsziffernkranzes gemäß MGV-Bereinigungsvertrag im jeweiligen Vorjahresquartal aufgeteilt.

5.2 Bereinigung der versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegabzüge und Honorarkontingente

Der nach Nr. 5.1 Satz 2 auf den jeweiligen versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrag, Vorwegabzug bzw. Honorarkontingent entfallende Bereinigungsbetrag wird von den hierfür im Abrechnungsquartal zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen abgezogen.

5.3 Bereinigung der Praxisbudgets

Der nach Nr. 5.1 Satz 2 auf Praxisbudgets entfallende Bereinigungsbetrag einer Arztgruppe wird auf die einzelne Praxis im %ualen Verhältnis des nach Anlage 2 I. Nr. 4 bzw. II. Nr. 4 ermittelten vorläufigen Praxisbudgets einer Praxis zur Gesamtsumme der vorläufigen Praxisbudgets der jeweiligen Arztgruppe aufgeteilt.

II. Bereinigung bei ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV)

1. Grundsätze der ASV-Bereinigung

Für die Bereinigung von Grundbeträgen, Vorwegentnahmen, Honorarkontingenten bzw. Praxisbudgets gelten folgende Grundsätze:

1. Die Bereinigung erfolgt in Höhe der Summe der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Die Bereinigung erfolgt nach § 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V nur um diejenigen Leistungen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sind.
3. Die Bereinigung aufgrund ASV darf nach § 116b Abs. 6 Satz 14 SGB V nicht zulasten des hausärztlichen Grundbetrages und nicht zulasten der fachärztlichen Grundversorgung erfolgen.
4. Aufgrund der in den entsprechenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses definierten Lieferfristen der zur Ermittlung der Bereinigungsbeträge erforderlichen Daten erfolgt die Bereinigung quartalsversetzt.

2. Datengrundlage

Grundlage der Bereinigungen gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V bilden die Daten nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschuss nach § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V in der für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Fassung.

3. Bereinigungsverfahren

Der im zu bereinigenden Abrechnungsquartal maßgebliche Bereinigungsbetrag für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird auf die davon betroffenen versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente bzw. Praxisbudgets aufgeteilt.

III. Korrekturen in Abgrenzung der MGV

Werden aufgrund gesamtvertraglicher Vereinbarungen Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in die extrabudgetäre Vergütung (EGV) überführt bzw. umgekehrt, so werden auf Grundlage dieser Vereinbarungen die notwendigen Korrekturen (Abzüge bzw. Zuführungen) auf die davon betroffenen Grundbeträge, Vorwegentnahmen, Honorarkontingente bzw. Praxisbudgets aufgeteilt.

Anlage 7

**zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS)
gültig ab 01.07.2019**

Kriterien für Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit Praxisbudgets gemäß § 5 Absatz 4 Bst. (k) und (l)

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Geltungsbereich

Die nachfolgend aufgeführten Regelungen bestimmen die Kriterien

- a) zur Anpassung der Praxisbudgets gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (k)
- b) zur Gewährung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit zustehenden Praxisbudgets gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (l)

2. Antragsverfahren

Sofern im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Ausnahmeregelungen ein Antrag des Vertragsarztes erforderlich ist, so kann der Antrag schriftlich oder mündlich gestellt werden. Die Angabe der Antragsgründe ist zwingend erforderlich.

Antragsfristen:

Zuerkannte Ausnahmeregelungen werden grundsätzlich ab dem Quartal berücksichtigt, in dem der Antrag gestellt wurde. Anträge, die spätestens mit der Abgabe der Quartalsabrechnung eingereicht werden, können davon abweichend auch bereits für das Quartal berücksichtigt werden, für das die Abrechnung eingereicht wurde.

II. Kriterien zur Anpassung der Praxisbudgets gemäß § 5 Abs. 4 Bst. (k)

Die Praxisbudgets werden unter Berücksichtigung der nachfolgenden Kriterien wie folgt angepasst.

Hierbei bedeutet die Ausprägung „basiswirksam“, dass eine entsprechende Ausnahmeregelung im entsprechenden Quartal des Folgejahres bei der Ermittlung des Praxisbudgets berücksichtigt wird (in den entsprechenden Quartalen weiterer Folgejahre wird die Praxisbesonderheit nicht nochmals additiv berücksichtigt); die Ausprägung „nicht basiswirksam“ bedeutet, dass eine entsprechende Ausnahmeregelung im entsprechenden Quartal des Folgejahres nicht bei der Ermittlung des Praxisbudgets berücksichtigt wird.

Der im Folgenden verwendete Begriff der „Anerkennungsquote“ drückt die Relation zwischen der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis und dem der Praxis zustehenden Praxisbudget aus.

Sachverhalt / Antragsgrund		Zu erfüllende Kriterien	Zu gewährende Ausnahmeregelung	Gültigkeit der Ausnahmeregelung
1.1	Unterdurchschnittliches Praxisbudget (Praxen im Aufbau)	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	<ol style="list-style-type: none"> Vorläufige Praxisbudget - Zuweisung auf Basis des Vorjahresquartals Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ; <p>hierbei gilt eine Begrenzung des Praxisbudgets <u>maximal</u> bis zum durchschnittlichen Praxisbudget der Fachgruppe im VJQ / bis zur Summe der durchschnittlichen Praxisbudgets je Fachgruppe der einzelnen Praxispartner bzw. angestellten Ärzte im VJQ.</p>	basiswirksam
1.2	Niedrigere Anforderung im Vorjahresquartal wegen Krankheit / Mutterschutz / Elternzeit	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis Das Ereignis muss in der Sammelerklärung des Vorjahresquartals angegeben worden sein. Die Durchschnittsanforderung für Praxisbudgetleistungen der Praxis in den vier Quartalen VOR dem Ereignis liegt ÜBER der entsprechenden Anforderung der Praxis im Vorjahresquartal. Der Anforderungsrückgang im Vorjahresquartal ist nachvollziehbar auf das Ereignis zurückzuführen. 	<p>Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ;</p> <p>hierbei gilt eine Begrenzung des Praxisbudgets <u>maximal</u> auf das (zugewiesene) Praxisbudget des VJQ.</p>	<p>Quartale, deren Vorjahresfallzahl durch das Ereignis nicht repräsentativ war</p> <p>basiswirksam</p>

1.3	Niedrigere Anforderung im Vorjahresquartal Sonstige Gründe	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis Beurteilung und Einzelfallentscheidung des Vorstandes 	Einzelfallentscheidung durch den Vorstand	Einzelfallentscheidung
1.4	Höhere aktuelle Anforderung Übernahme von Patienten umliegender Praxen (ohne Regelung nach Nr. 1.5)	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis Steigerung durch Rückgang der umliegenden Praxen und/oder Nicht-Wiederbesetzung umliegender frei gewordener Sitze nachvollziehbar Die Steigerung der Praxisbudgetleistungen beträgt mindestens 5 %. 	Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-) Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ; begrenzt auf das 1,5fache des Praxisbudgets des VJQ	Einzelfallentscheidung nicht basiswirksam; bei dauerhafter Nicht-Wiederbesetzung frei gewordener Sitze (keine Wiederbesetzung innerhalb eines Zeitraums von acht Quartalen oder Mitteilung des Zulassungsausschusses über nicht mehr erfolgende Ausschreibung des Sitzes) wird die Anpassung des Praxisbudgets ohne Antrag basiswirksam.
1.5	Höhere aktuelle Anforderung gestiegene Vertreterfälle	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis Plausible Steigerung von Vertreterfällen ist nachgewiesen. Der Anteil der Vertreterfälle an der Gesamtfallzahl der Praxis überschreitet den entsprechenden durchschnittlichen Anteil von Vertreterfällen an der Gesamtfallzahl der Praxen des Versorgungsbereichs (Hausärzte) bzw. der Fachgruppe (Fachärzte) um mehr als 5 %. 	Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-) Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ; begrenzt auf das 1,5fache des Praxisbudgets des VJQ	beantragtes Quartal nicht basiswirksam
1.6	Höhere aktuelle Anforderung bei Genehmigung einer Zweigpraxis	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ; begrenzt auf das 1,5fache des Praxisbudgets des VJQ	basiswirksam entfällt mit dem Ende der Genehmigung der Zweigpraxis
1.7	Höhere aktuelle Anforderung aufgrund von genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Vorjahresquartal noch nicht erbracht wurden	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis Die Vergütungsquote des Abrechnungsquartals unterschreitet die Vergütungsquote des Vorjahresquartals. Die Leistungsanforderung des Abrechnungsquartals liegt über der Leistungsanforderung des Vorjahresquartals. 	Der Leistungsbedarf für die genehmigungspflichtigen Leistungen im Abrechnungsquartal wird mit der Vergütungsquote des Vorjahresquartals vergütet. Hierbei gelten folgende Begrenzungen: a) Das Volumen des Leistungsbedarfs der genehmigungspflichtigen Leistungen wird begrenzt auf die Differenz des angeforderten Leistungsbedarfs für Leistungen des Praxisbudgets im Abrechnungs-	basiswirksam



			<p>quartal zum angeforderten Leistungsbedarf für Leistungen des Praxisbudgets des Vorjahresquartals.</p> <p>b) Das Volumen dieses Leistungsbedarfs wird begrenzt auf die durchschnittliche Anforderung der betroffenen genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachgruppe.</p>	
1.8	Höhere aktuelle Anforderung aus sonstigen Gründen	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	<p>Aussetzung der Vergütungsquote des Vorjahresquartals beim Ausgleich der Vergütungsquoten je Arztpraxis gemäß § 8 Abs. 2 Bst. (f) bzw § 9a Abs. 2 Bst. (f); ggf. Einzelfallentscheidung</p>	nicht basiswirksam
1.9	Höhere aktuelle Anforderung bei Eintritt eines neu hinzukommenden Arztes (neuer Sitz) in eine bestehende BAG	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	<p>Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-) Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der Anerkennungsquote der Praxis des VJQ; begrenzt auf das Praxisbudget des VJQ zzgl. des durchschnittlichen Praxisbudgets der Fachgruppe des neu hinzukommenden Arztes</p>	basiswirksam
1.10	Höhere aktuelle Anforderung beim Zusammengehen von Praxen (Einzelpraxen/BAGen) zu einer BAG	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	<p>Anpassung des Praxisbudgets durch die Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-)Anforderung der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal mit der gemeinsamen Anerkennungsquote der Praxen des VJQ; hierbei gilt eine Begrenzung des Praxisbudgets <u>maximal</u> auf den Betrag, der sich aus der Zusammenfassung der Praxisbudgets der bisherigen Praxen/BAGen ergibt.</p>	basiswirksam
1.11	Höhere aktuelle Anforderung beim Auseinandergehen einer BAG	<ul style="list-style-type: none"> Antrag der Praxis 	<p>Das Praxisbudget der neu entstandenen Praxen wird maximal auf den Betrag angepasst, der sich aus der Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-) Anforderung der jeweiligen Praxis mit der Anerkennungsquote der (bisherigen) BAG im VJQ ergibt; begrenzt auf das 1,5fache des durchschnittlichen Praxisbudgets der Fachgruppe.</p>	basiswirksam



<p>1.12</p>	<p>unterdurchschnittliche Anerkennungsquote sowie unterdurchschnittliches Praxisbudget bei Übernahme einer Praxis durch einen zuvor angestellten bzw. im Job-Sharing tätigen Arzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antrag der Praxis • Praxis befindet sich in der Übergangsregelung gemäß § 5 Abs. 4 Bst. (j) • Anerkennungsquote des VJQ der übernommenen Praxis liegt unterhalb der durchschnittlichen Anerkennungsquote des VJQ der Fachgruppe • aktuelles Praxisbudget der Praxis liegt unter dem durchschnittlichen Praxisbudget der Fachgruppe 	<p>Anpassung der Anerkennungsquote der Praxis:</p> <p>Multiplikation der Praxisbudget-relevanten (Honorar-) Anforderung der jeweiligen Praxis mit der durchschnittlichen Anerkennungsquote des VJQ der Fachgruppe; begrenzt auf das durchschnittliche Praxisbudget der Fachgruppe.</p>	<p>basiswirksam</p>
-------------	--	---	--	---------------------



III. Kriterien zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Zusammenhang mit Praxisbudgets gemäß § 5 Absatz 4 Buchstabe (I)

1. Entscheidungsmatrix zur Feststellung von Praxisbesonderheiten

Die Beurteilung, ob im Zusammenhang mit Praxisbudgets Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) zuerkannt werden können, erfolgt auf Basis der nachfolgend beschriebenen Entscheidungsmatrix. Diese enthält die statistischen Auswertungen, die als entscheidungsrelevante Kriterien zur Feststellung von Praxisbesonderheiten herangezogen werden. Die einzelnen Kriterien fließen jeweils gewichtet in die Gesamtbeurteilung ein. Die Gesamtsumme der gewichteten Einzelkriterien gibt an, ob Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) vorliegen und somit eine Erhöhung des Praxisbudgets zuerkannt wird. Die Entscheidungsmatrix bezieht sich auf jeweils ein Quartal.

1.1 Kriterien zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten

Zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten werden folgende drei Kriterien herangezogen:

1. Vergleich der zu beurteilenden Praxis zum Fachgruppendurchschnitt
2. Analyse des Praxisbudgets
3. Analyse des Leistungsspektrums, für das Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden

Dabei werden die Abrechnungsergebnisse (Praxisbudget einschließlich zuerkannter Praxisbudget-Anpassungen, nachfolgend als „Ist-Praxisbudget“ bezeichnet) nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung berücksichtigt. Darüber hinaus sind Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Plausibilitätsprüfung zu berücksichtigen.

1.2 Beschreibung, Bedeutung und Gewichtung der einzelnen Kriterien

1.2.1 Kriterium 1: Vergleich zum jeweiligen Fachgruppendurchschnitt

Bedeutung:

Die zu beurteilende Praxis begehrt mit dem Antrag auf Zuerkennung von Praxisbesonderheiten ein höheres Praxisbudget als das Ist-Praxisbudget. Insoweit ist es von Bedeutung, ob die Praxis im Hinblick auf die unter Berücksichtigung des Ist-Praxisbudgets ergebende Honorarzahlung im Vergleich zur Fachgruppe benachteiligt ist. In diesem Sinne dient der Vergleich zum jeweiligen Fachgruppendurchschnitt somit der Beantwortung der Frage, ob gegenüber der Fachgruppe eine finanzielle Benachteiligung vorliegt.

Indikatoren zur Feststellung finanzieller Benachteiligungen:

Eine finanzielle Benachteiligung zur Fachgruppe wird durch den Vergleich folgender Indikatoren festgestellt:

- a) Vergleich Gesamthonorar der Praxis zum durchschnittlichen Gesamthonorar der Fachgruppe
- b) Vergleich Gesamtanforderung in € der Praxis zur durchschnittlichen Gesamtanforderung in € der Fachgruppe
- c) Vergleich Gesamtfallzahl der Praxis zur durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Fachgruppe
- d) Vergleich Gesamtfallwert in € (Vergütung je Fall) der Praxis zum durchschnittlichen Gesamtfallwert der Fachgruppe in € (durchschnittliche Vergütung je Fall der Fachgruppe)

Im Rahmen des Vergleichs ist Folgendes zu beachten:

In Praxen werden die jeweiligen Durchschnittswerte der Fachgruppe je Arzt entsprechend der Zahl der in der Praxis vertretenen Ärzte herangezogen. Dabei ist der jeweilige Faktor der Bedarfsplanung maßgeblich (z.B. bei 2 Ärzten gilt der doppelte Durchschnittswert, etc.)

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 1 fließt in die Gesamtbeurteilung mit einer Gewichtung von maximal 3 Punkten ein.

Dabei gilt: 3 Punkte = es liegt eine erhebliche finanzielle Benachteiligung vor

0 Punkte = es liegt keine finanzielle Benachteiligung vor

Die einzelne Praxis wird somit je nach ausgewiesener Abweichung der vier festgelegten Indikatoren ((a) bis (d)) in einer Spanne von 0 bis 3 bewertet.

Dabei gelten folgende Annahmen:

- Zunächst werden das Gesamthonorar sowie die Gesamtleistungsanforderung der Praxis verglichen mit den jeweiligen Fachgruppendurchschnittswerten. Hierbei ergeben sich zwei prozentuale Abweichungs-Werte. Beträgt die Differenz zwischen diesen beiden Werten mehr als +10 %, dann liegt eine Benachteiligung vor, die mit 3 Punkten bewertet wird. Sind die beiden Werte identisch oder ist die Differenz negativ, dann liegt keine Benachteiligung vor; die Bewertung erfolgt in diesem Fall mit 0 Punkten. Abweichungen zwischen 0 % und 10 % werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 und minimalen Punkte 0 linear abgestaffelt.

Beispiel 1: Das Honorar der Praxis liegt **10 % unter** dem Fachgruppendurchschnitt, die Praxis fordert jedoch **5 % mehr** Leistungen als der Fachgruppendurchschnitt an
=> Differenz = +15% => 3 Punkte

Beispiel 2: Das Honorar der Praxis liegt **5 % über** dem Fachgruppendurchschnitt und die Praxis fordert **5% mehr** Leistungen an als der Fachgruppendurchschnitt
=> Differenz = 0% => 0 Punkte

Beispiel 3: Das Honorar der Praxis liegt **10 % über** dem Fachgruppendurchschnitt, die Praxis fordert jedoch **5 % weniger** Leistungen an als der Fachgruppendurchschnitt
=> Differenz = -15% => 0 Punkte

- Abweichungen zwischen 0 % und 10 % werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 und minimalen Punkte 0 linear abgestaffelt.
- Die vorgenannte Vorgehensweise wird insgesamt für folgende drei Vergleichsanalysen durchgeführt:
 - Vergleich Gesamthonorar zu Gesamtleistungsbedarf
 - Vergleich Gesamthonorar zu Gesamtfallzahl
 - Vergleich Fallwert in € zu Fallwert in Punkten
- Das arithmetische Mittel der drei vorgenannten Vergleichsanalysen ergibt den gesamten Gewichtungswert des Kriteriums 1.

1.2.2 Kriterium 2: Analyse des Praxisbudgets

Bedeutung:

Im Rahmen der Beurteilung von Praxisbesonderheiten ist neben dem Fachgruppenvergleich nach Nr. 1.2.1 darüber hinaus von Bedeutung, ob das nach Anlage 2 zustehende Praxisbudget ausreichend hoch bemessen ist oder im Vergleich zur Fachgruppe deutlich überschritten wird. Die Analyse des Praxisbudgets dient somit der Feststellung der Überschreitung des Ist-Praxisbudgets.

Indikatoren zur Bewertung der Praxisbudget-Überschreitung:

Die Praxisbudget-Überschreitung wird durch folgende Indikatoren bewertet:

- a) Relation des Ist-Praxisbudgets der Praxis (Gesamt-Eurobetrag) zur Anforderung der Praxis in € im jeweiligen Quartal für Leistungen des Praxisbudgets (Anerkennungsquote der Praxis).
- b) Vergleich der Anerkennungsquote der Praxis mit der durchschnittlichen Anerkennungsquote der Fachgruppe

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 2 fließt in die Gesamtbeurteilung mit einer Gewichtung von **maximal 3 Punkten** ein.

Dabei gilt: 3 Punkte = es liegt eine Benachteiligung im Ist-Praxisbudget vor
 0 Punkte = es liegt keine Benachteiligung im Ist-Praxisbudget vor

Die einzelne Praxis wird somit je nach ausgewiesener Abweichung in einer Spanne von 0 bis 3 bewertet.

Dabei gelten folgende Annahmen:

- Liegt die Praxisbudget-Überschreitung der Praxis um mindestens 10 Prozentpunkte über der durchschnittlichen Praxisbudget-Überschreitung der Fachgruppe, so erfolgt eine Bewertung mit 3 Punkten. Liegt die Praxisbudget-Überschreitung der Praxis unterhalb der durchschnittlichen Praxisbudget-Überschreitung der Fachgruppe, so erfolgt eine Bewertung mit 0 Punkten. Abweichungen zwischen 0 und 10 Prozentpunkten werden auf Basis der maximalen Punktzahl 3 linear abgestaffelt.

1.2.3 Kriterium 3: Analyse des Leistungsspektrums

Bedeutung:

Praxisbesonderheiten im Sinne des § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung. Die Analyse des Leistungsspektrums dient somit der Identifizierung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung.

Indikatoren zur Feststellung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. fachlichen Spezialisierung:

Die Überprüfung eines besonderen Versorgungsauftrages bzw. einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung erfolgt für die Leistungen, die der Arzt in seinem Antrag auf Zuerkennung von Praxisbesonderheiten angibt. Alternativ bzw. darüber hinaus können auch Leistungen herangezogen werden, für die nach den Prüfstatistiken der Prüfungsstelle deutliche Abweichungen zur Prüfgruppe erkennbar sind und die gegenüber der Prüfgruppe eine Besonderheit darstellen könnten. Die Leistungen werden auf folgende Indikatoren hin überprüft:

- a) Zahl der Praxen, in der die jeweilige Leistung innerhalb der Prüfgruppe ebenfalls erbracht und abgerechnet wird.
- b) %uale Abweichung der einzelnen Leistung zur Prüfgruppe aus der hervorgeht, wie hoch die Leistungserbringung in der Praxis im Vergleich zu den ausführenden Praxen der Prüfgruppe liegt.
- c) %ualer Anteil der Gesamtanforderung der analysierten Leistungen an der Gesamtanforderung des Praxisbudgets.

Gewichtung des Kriteriums innerhalb der Gesamtbeurteilung

Das Kriterium 3 fließt in die Gesamtbeurteilung insgesamt mit einer Gewichtung von maximal 9 Punkten ein. Dabei wird jeder der drei genannten Indikatoren separat mit maximal 3 Punkten berücksichtigt.

Dabei gelten folgende Annahmen:

- Für Indikator (a) „Zahl der ausführenden Praxen“
3 Punkte = Der Antragssteller ist einziger Leistungserbringer der Prüfgruppe
0 Punkte = Die Leistung wird von allen Praxen der Prüfgruppe erbracht
- Für Indikator (b) „Abweichung zur Prüfgruppe“
3 Punkte = die Abweichung zur Prüfgruppe beträgt mindestens 50 %
0 Punkte = die Abweichung zur Prüfgruppe beträgt 0 % und weniger
- Für Indikator (c) „Anteil der Leistung am Praxisbudget“
3 Punkte = der Anteil am Praxisbudget beträgt mindestens 50 %
0 Punkte = der Anteil am Praxisbudget beträgt weniger als 0 %

Für jeden Indikator gilt, dass zwischen 3 und 0 linear abgestaffelt wird.

1.2.4 Gesamtbewertung der Entscheidungsmatrix

Die Gesamtbewertung erfolgt in folgenden Schritten:

1. Die gewichteten Punkte der drei Kriterien werden addiert.
2. Praxisbesonderheiten liegen dann vor, wenn sich aus der Gesamtbewertung mehr als 10 Punkte aus der Analyse der Entscheidungsmatrix ergeben.



2. Zuerkennung von Praxisbesonderheiten

Für die Zuerkennung von Praxisbesonderheiten gelten folgende Regelungen:

Beantragte Praxisbesonderheit aufgrund		Zu erfüllende Kriterien	Entscheidung	Gültigkeit der Ausnahmeregelung
1.1	Besonderes Leistungsspektrum Für Praxisbudget-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Antrag Entscheidungsmatrix weist eine Gesamtbeurteilung von bis zu 10 Punkten aus. 	ablehnen da keine Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I) vorliegen	unbegrenzt
1.2	Besonderes Leistungsspektrum Für Praxisbudget-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Antrag Entscheidungsmatrix weist eine Gesamtbeurteilung von mehr als 10 Punkten aus. 	Praxisbesonderheiten zuerkennen Zuerkennung von Praxisbesonderheiten im Sinne § 5 Absatz 4 Buchstabe (I). Die Höhe der Praxisbudget-Anpassung ergibt sich nach Maßgabe Nr. 3	vier Quartale

3. Umfang der Praxisbudget-Erhöhung bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten

Liegen Praxisbesonderheiten nach Nr. 2 für Leistungen des Praxisbudgets vor, so wird das Ist-Praxisbudget der Praxis soweit erhöht, dass die Leistungen der Praxisbesonderheit bis zur durchschnittlichen Anerkennungsquote des Versorgungsbereichs vergütet werden. Dabei gelten folgende Berechnungsvorgaben:

PB_{Anf}^{akt} Anforderung in € im aktuellen Abrechnungsquartal der Leistungen, für die Praxisbesonderheiten anerkannt wurden

$PBud_{Quote}^{anerk}$ Praxisbudget-Anerkennungsquote der Praxis, die sich ergibt aus dem Verhältnis des Ist-Praxisbudgets in € der Praxis zur Gesamtanforderung in € der Praxis für Praxisbudget-Leistungen

$PBud_{Quote}^{anerk_VB}$ Praxisbudget-Anerkennungsquote des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs, die sich ergibt aus dem Verhältnis der Ist-Praxisbudgets in € des Versorgungsbereichs zur Gesamtanforderung in € des Versorgungsbereichs für Praxisbudget-Leistungen

$PB_{Ausgleich}^{akt}$ Ausgleichsbetrag der Praxis für zuerkannte Praxisbesonderheiten nach folgender Formel:

$$PB_{Ausgleich}^{akt} = PB_{Anf}^{akt} \times PBud_{Quote}^{anerk_VB} - (PB_{Anf}^{akt} \times PBud_{Quote}^{anerk})$$

Bei der Bemessung des Ausgleichsbetrages für zuerkannte Praxisbesonderheiten ($PB_{Ausgleich}^{akt}$) ist der Umfang der Tätigkeit lt. Zulassungsbescheid der von der Praxisbesonderheit betroffenen angestellten Ärzte einer Praxis zu berücksichtigen.

Der errechnete Ausgleichsbetrag für zuerkannte Praxisbesonderheiten ($PB_{Ausgleich}^{akt}$) ist um Ausgleichsbeträge nach § 8 Abs. 2 Buchstabe (f) und § 9a Abs. 2 Buchstabe (f) zu vermindern.