

**Anpassung der Vorgaben
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung
durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

beschlossen am 12. Dezember 2017

mit Wirkung zum 1. April 2018

I. Änderung von Teil A

1. Die Worte „(GKV-VStG)“ werden im gesamten Teil A gestrichen.
2. In der Überschrift wird nach den Worten „§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V“ eingefügt:
„geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018“.
3. In der Nr. 6 wird im 3. Aufzählungspunkt das Wort „Anhang“ durch
„Anlagen“ ersetzt.
4. Aufnahme einer Nr. 8:

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

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

5. Aufnahme einer Nr. 9:

Möglichkeit der Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen von Nicht-Laborärzten

Für Vertragsärzte, die zur Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen berechtigt sind und nicht Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sind (kurz: „Nicht-Laborärzte“) sowie aufgrund der Arztgruppenzugehörigkeit von nachfolgenden Regelungen erfasst werden, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Kostenerstattungen für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) EBM einer fallwertbezogenen Budgetierung unterziehen. Die in den

Budgets enthaltenen Kostenerstattungen sind in diesem Fall 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 vorgegebenen Referenz-Fallwertes ggf. multipliziert mit einer Quote und der Zahl der Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ärzte des Abrechnungsquartals der Arztpraxis.

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

Unquotierte Referenz-Fallwerte für die Ermittlung des Budgets

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

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

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

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

6. Aufnahme einer Anmerkung:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die Einführung verbindlicher individueller Mengensteuerung bei Laboruntersuchungen prüfen. Dabei sind insbesondere die bis dahin gesammelten Erfahrungen mit individuellen Mengensteuerungsmaßnahmen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen. Sofern die durchschnittliche Mindestquote in Höhe von 89 % in einer Kassenärztlichen Vereinigung in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten wird, sind die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Teil A Nr. 8 zeitnah zu überprüfen und ggf. anzupassen.

II. Änderung von Teil B

1. In der Überschrift wird nach den Worten „geändert am 15. November 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2018“ eingefügt: „geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung zum 1. April 2018“.

2. Neufassung von Nr. 1.2 (unter Beibehaltung der Fußnote 1):

Grundbeträge sind **je Versicherten** zu bildende Beträge, die für veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne Gebührenordnungspositionen 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946) EBM (Anforderungen über Muster 10) und den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) (Grundbetrag „Labor“), für alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall inkl. der dabei erbrachten und vom Grundbetrag „Labor“ umfassten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitel 32 EBM, die im organisierten Notfalldienst erbracht wurden (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“¹) sowie für den haus- (hausärztlicher Grundbetrag) und fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag) **verpflichtend** bestimmt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Festsetzung ist die Höhe dieser Grundbeträge abschließend bestimmt.

3. Aufnahme einer Nr. 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 Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM der entsprechende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung addiert. Ebenfalls werden die Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung sowie relevante Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt.
4. Ist die Differenz aus dem „Referenzwert Muster 10A“ und dem gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10A“ im jeweiligen Versorgungsbereich negativ, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
5. Ist die Differenz aus „Referenzwert Muster 10“ im jeweiligen Versorgungsbereich und gemäß Ziffer 3 erhöhten „Vergleichswert Muster 10“ positiv, d. h. ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 liegt vor, erfolgt keine Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Grundbetrags.
6. Insofern weder ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10A nach Ziffer 4 noch ein Leistungsmengenzuwachs bei Muster 10 nach Ziffer 5 im jeweiligen

Versorgungsbereich vorliegt, werden die Differenzen gemäß Ziffer 1 und 2 unter Berücksichtigung von Ziffer 3 verglichen und der kleinere absolute Wert verwendet.

Dieser wird multipliziert mit

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

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

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

4. Neufassung von Nr. 7.1:

Eine ggf. notwendige quartalsbezogene Finanzierung eines Unterschusses im Grundbetrag „Labor“ erfolgt nach dem jeweiligen Anteil des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals. Für die Bestimmung des Anteils sind Vergütungsvolumina definiert als Summe des Honorars für die Behandlung durch bereichseigene Ärzte abzüglich des Saldos aus den Forderungen für Leistungen dieses Bereichs bei bereichsfremden Versicherten durch bereichseigene Ärzte und den Verbindlichkeiten für Leistungen bei bereichseigenen Versicherten durch bereichsfremde Ärzte (FKZ-Saldo) des jeweiligen Versorgungsbereichs. Im Falle von Überschüssen erfolgt die Aufteilung auf die Vergütungsvolumina des haus- und fachärztlichen Grundbetrags nach dem gleichen Verfahren gemäß Satz 1. Diese ggf. erfolgenden Anpassungen bleiben im Ausgangswert des Grundbetrags „Labor“ sowie den Ausgangswerten der haus- und fachärztlichen Grundbeträge für das Folgejahr unberücksichtigt.

5. Neufassung von Nr. 2 der Anmerkungen:

Im Zusammenhang mit der Anpassung des Grundbetrags „Labor“ zum 1. April 2018 sind

- 2.1 die Höhe der FKZ-Quote für die dem Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen in Höhe von 90 % bis zum 1. April 2020 zu überprüfen und
- 2.2 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Abrechnung auf Muster 10 veranlassen und auf Muster 10A bezogener allgemeiner Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM zu evaluieren. Bei festgestellten relevanten Veränderungen des Verhältnisses zwischen veranlassenden und bezogenen allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen

sind die KBV-Vorgaben zur Trennung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzupassen.

6. Austausch der Anlage zu Teil B für das Jahr 2018:

**Anlage
zu den KBV-Vorgaben Teil B
zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“
und zur Anpassung der Vergütung der Leistungen im
Bereitschaftsdienst und Notfall**

gültig für das Jahr 2018

im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

**beschlossen am 15. November 2017 mit Wirkung für das Jahr 2018
geändert am 12. Dezember 2017 mit Wirkung ab dem 1. April 2018**

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

1. Für das 1. Quartal 2018 gilt:

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

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im

Vorjahresquartal. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

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

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

2.1 Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

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

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

Die Höhe der jeweils zu überführenden Finanzmittel zu jedem aufgeführten Sachverhalt ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung der Leistungen für diesen Sachverhalt für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der „rechnerischen Quote Labor“ dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die „rechnerische Quote Labor“ ergibt sich durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“⁷ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung

⁷ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.⁸

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

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

2.2 Anpassung der Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall

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

Die Höhe der in den neu abgegrenzten Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ aufgrund ihrer Zuordnung zu Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall jeweils zu überführenden Finanzmittel ergibt sich durch die Multiplikation des angeforderten Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung dieser Leistungen für die Behandlung bereichseigener Versicherter im Vorjahresquartal mit der Auszahlungsquote für diese Leistungen bzw. den dafür im Vorjahresquartal aufgewendeten Finanzmittel dividiert durch die Anzahl der Versicherten im jeweiligen Vorjahresquartal. Die Auszahlungsquote ergibt sich durch die Division des Honorars durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung der zu überführenden Leistungen für bereichseigene Ärzte im Vorjahresquartal. Dies gilt nicht für die Finanzmittel für laboratoriumsmedizinische Leistungen des Kapitels 32 EBM, die im organisierten Not(-fall)dienst erbracht werden. Diese werden gemäß Nr. 2.1 dieser Anlage zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen überführt. Zudem werden Finanzmittel in Höhe der Unterschüsse des bis zum 4. Quartal 2017 gültigen Grundbetrags „ärztlicher Bereitschaftsdienst“ in den Quartalen des Jahres 2018 basiswirksam zugeführt bzw. im Fall von Überschüssen basiswirksam entnommen. Dazu werden Finanzmittel in Höhe der Unter- bzw. Überschüsse im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechend dem Aufteilungsschlüssel gemäß Teil B Nr. 7.2 anteilig aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag für den Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ bereitgestellt bzw. dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entnommen.

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

⁸ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.

7. Ergänzung einer Anlage zu Teil B für das Jahr 2019:

Anlage
zu den KBV-Vorgaben Teil B
zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrags „Labor“
gültig für das Jahr 2019
im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

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

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

Die folgende Anlage zu den KBV-Vorgaben, Teil B, regelt abweichend von der Präambel der KBV-Vorgaben, Teil B, das Nähere zur Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen und der damit verbundenen Anpassung der Vergütungsvolumina betroffener Grundbeträge für das 1. Quartal 2019:

Anpassung der Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen

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

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

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

durch die Division des Vergütungsvolumens des bisherigen Grundbetrags „Labor“⁹ durch den angeforderten Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Behandlung bereichseigener Versicherter der dem bisherigen Grundbetrag „Labor“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal.¹⁰

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

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

III. Streichung von Teil E

1. Teil E wird gestrichen und stattdessen das Wort „unbesetzt“ aufgenommen.

⁹ Dabei ist das Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ ohne die Berücksichtigung von Unter- bzw. Überschüssen zugrunde zu legen.

¹⁰ Sofern eine Kassenärztliche Vereinigung die Steuerung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen durch Nicht-Laborärzte gemäß KBV-Vorgaben Teil E, 3.4 in der bis zum 31. März 2018 gültigen Fassung, angewendet hat, ist der durch diese Steuerung anerkannte Leistungsbedarf zu verwenden.