

Grundsätze der Vergütung

- 2.1 Honorarsystematik Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – 32**
 - 2.1.1 Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) – 33
 - 2.1.2 Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) – 34
 - 2.1.3 Förderung kooperativer Behandlungsformen – 37
 - 2.1.4 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – 39
- 2.2 Honorarsystematik PKV (Private-Krankenversicherung) – 41**
- 2.3 Anlage 1: Kooperationszuschläge nach Honorarverteilungsmaßstab 1/2016 – 43**
- Literatur – 54**

In diesem Kapitel werden die Grundzüge der Honorierung ärztlicher Leistungen für die vertragsärztliche als auch für die privatärztliche Tätigkeit dargestellt, wobei besonderes Augenmerk auf die Kooperationen betreffenden Regelungen und ihre jeweilige Umsetzung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der einzelnen Länder gelegt wird.

2.1 Honorarsystematik Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Der Gesetzgeber hat den Gremien der Selbstverwaltung den Auftrag erteilt, die vertragsärztliche Versorgung so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.¹ Im Folgenden wird dargestellt, wie dieser Auftrag umgesetzt wird und nach welchen Regeln die Vertragsärzte vergütet werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Auftrag, die vereinbarte Gesamtvergütung, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung, an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zu verteilen.² Inhalt und Höhe der ärztlichen Vergütung richten sich nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)³, dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM), den zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen, Abrechnungsrichtlinien und autonomen Satzungsnormen der jeweiligen KV.

Der Honorarverteilungsmaßstab kann seit 2012 von den KVen, im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, als Satzung erlassen werden⁴. Der Spielraum für die individuellen Landesregelungen wurde hierdurch deutlich erweitert. Trotzdem müssen die

Landes-Honorarverteilungsmaßstäbe u. a. die folgenden Vorgaben umsetzen:

- Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Teil⁵
- Schaffung von Regelungen, die eine übermäßige Ausweitung des Leistungsumfanges verhindern⁶
- Ermöglichung von Kalkulationssicherheit des zu erwartenden Honorars für den einzelnen Arzt⁷
- Förderung kooperativer Leistungserbringung⁸
- Schaffung gesonderter Vergütungsregelungen für von der KV anerkannte Praxisnetze⁹.

Wegen des weiten Gestaltungsspielraumes wundert es nicht, dass die Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben von KV zu KV zum Teil sehr unterschiedlich aussehen. Die folgenden Grundsätze der Vergütung sind jedoch in allen Kassenärztlichen Vereinigungen gleich.

Die Vergütung erfolgt nach einem komplizierten Verteilungsschlüssel und lässt sich grob in zwei Bereiche gliedern, zum einen in die Leistungen, die unter die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) fallen, dies sind zur Zeit ca. 70 % der Leistungen und zum anderen in die Leistungen außerhalb der MGV, die sog. extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) oder auch Einzelleistungsvergütung (ELV) genannt. Entsprechend sind auch die Honorarbescheide gegliedert. Sie enthalten eine Auflistung aller innerhalb der MGV erbrachten Leistungen und aller extrabudgetären Leistungen.

Die MGV unterliegt einer Mengensteuerung, da sie immer bis zum 31.10. eines jeden Jahres vorausschauend für das nächste Jahr vereinbart wird und die Krankenkassen die MGV mit befreiender Wirkung an die KVen leisten. Diese Mengensteuerung erfolgt, um eine übermäßige, medizinisch nicht zu begründende Mengenausweitung zu verhindern.¹⁰ Deshalb werden Leistungen, die der MGV unterliegen, nur bis zu einer bestimmten Menge bzw. Summe

1 § 72 Abs. 2 SGB V.

2 § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V.

3 Siehe hierzu die Ausführungen zu ► Abschn. 2.1.4

4 § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V.

5 § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V.

6 § 87b Abs. 2 Satz 1 1. HS SGB V.

7 § 87b Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V.

8 § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V.

9 § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V.

10 GKV Spitzenverband, 2015, S. 3.

pro Quartal zum vollen Preis der Gebührenordnung und darüber hinausgehende Leistungen nur noch zu einem abgestuften Preis vergütet. Wie dies geschieht, ist in den HVMs geregelt.

2.1.1 Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV)

Die MGV wird, vereinfacht dargestellt, in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Topf unterteilt, aus denen dann die den Fachgruppen zugeordneten Leistungen, nämlich die RLV/QZV oder Individualbudgets, Freien Leistungen und abgestuften Leistungen als auch die Kosten vergütet werden. Durch die Aufteilung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Topf soll der Honorargerechtigkeit zwischen den Ärzten Rechnung getragen und Umverteilungen zu Lasten einer Fachgruppe vermieden werden.

In dem Zeitraum 2009–2011 erfolgte die Vergütung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage praxisbezogener Regelleistungsvolumina (RLV). Seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 sind die KVen in ihren Steuerungsinstrumenten jedoch wieder frei. Folgende 12 von 17 KVen sind bei der RLV/QZV-Systematik geblieben:

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Brandenburg
- Bremen
- Hessen
- Mecklenburg-Vorpommern
- Niedersachsen
- Nordrhein
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- Westfalen-Lippe.

Dagegen haben die folgenden fünf Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Honorarverteilung wieder auf Individualbudgets umgestellt:

- Hamburg
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Schleswig-Holstein
- Thüringen.

Allen Systemen ist gemein, dass sie durch Regelungen der Mengen- und Zuwachsbegrenzung eine Mengenausweitung der ärztlichen Leistungen unattraktiv machen.

■ ■ RLV/QZV System

Bei dem Regelleistungsvolumen (RLV) handelt es sich um ein Honorarsystem, in dem der Arzt, abhängig von der Zahl der von ihm behandelten Patienten, ein Honorarkontingent zugewiesen bekommt, dessen Höhe im Wesentlichen durch die von seiner Fachgruppe behandelten Patienten und erbrachten Leistungen bestimmt wird.¹¹

Das arztindividuelle RLV wird nach folgender Formel berechnet:

Fallzahl des Arztes × Fallwert der Arztgruppe × Altersfaktor

Die für die Berechnung des arztindividuellen RLV relevante Fallzahl, ist die Zahl der kurativ-ambulant behandelten Fälle des jeweiligen Vorjahresquartals.

Der Fallwert berechnet sich wie folgt:

Für die Honorierung von MGV-Leistungen zur Verfügung stehendes Vergütungsvolumen der Facharztgruppe dividiert durch die Fallzahl der Facharztgruppe = Fallwert

Um der jeweils unterschiedlichen Zusammensetzung des Patientenkollektivs in Bezug auf Alter und Morbidität und der hieraus resultierenden Unterschiede im Behandlungsumfang gerecht zu werden, wird für jede Praxis der entsprechende Gewichtungsfaktor berechnet, der zur Bildung des arztindividuellen RLV herangezogen wird.

Die innerhalb des von der KV vor Quartalsanfang mitgeteilten RLV erbrachten Leistungen werden in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden abgestuft vergütet; die genauen Abstufungsregelungen sind dem HVM zu entnehmen.

Zusätzlich zu den Regelleistungsvolumina wurden sog. qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Hierbei handelt es sich um besondere Leistungen aufgrund spezieller Qualifikation. Typische QZV sind z. B. die Leistungen der Sonographie, Teilradiologie und Psychosomatischen

¹¹ Scholz, 2013, Rdnr. 349.

Grundversorgung. Die QZV werden analog den RLV arztgruppenspezifisch gebildet.

Dem Arzt werden für jedes Quartal beide Kontingente (RLV und QZV) zugewiesen, die Summe aus beiden bildet die Honorarobergrenze. Somit können die Leistungen aus beiden Teilen verrechnet werden.

■ ■ Individualbudgets

Anstelle von RLV/QZV haben einige KVen wieder Individualbudgets eingeführt. Bei den Individualbudgets wird jedem Vertragsarzt ein bestimmtes Individualkontingent, welches nach dem Leistungsvolumen der Vergangenheit oder dem durchschnittlichen Leistungsvolumen der Fachgruppe bemessen wird, entweder in Form einer bestimmten Punktmenge oder eines bestimmten Euro-Betrages zugeordnet.¹² Vergleichbar zu den Regelungen bei den Regelleistungsvolumina erhält der Arzt seine Leistungen bis zum Erreichen seines Budgets zum vollen Punktwert, danach nur noch abgestuft.

2.1.2 Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

Dieser Teil der vertragsärztlichen Vergütung ist für den Arzt deshalb besonders interessant, weil im Gegensatz zur MGV, die hier vergüteten Einzelleistungen zu den vereinbarten Preisen und ohne Mengengrenzung vergütet werden. Zu den Einzelleistungen gehören z. B.:

- PFG¹³-Zuschlag,
- Leistungen nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren und stationäres Eingriffe im Krankenhaus),
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V,
- Selektivverträge
 - Hausarztzentrierte Versorgungsverträge § 73b SGB V,
 - Besondere Versorgung § 140a SGB V (ehemals: Strukturverträge nach § 73a SGB V, Fachärztliche Selektivverträge

§ 73c SGB V und Integrierte Versorgungsverträge (IV) §§ 140a ff. SGB V),

- Strukturierte Behandlungsprogramme gemäß §§ 137f-g SGB V,
- Regional vereinbarte Leistungen.

Wegen ihrer besonderen Bedeutung werden nachfolgend die Selektivverträge und die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung kurz vorgestellt.

■ ■ Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Aufgrund der demographischen Veränderungen in Deutschland und der damit einhergehenden Zunahme von Patienten mit Multimorbidität, chronischen und onkologischen Erkrankungen besteht ein erhöhter Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit und besonders qualifizierter Diagnostik und Behandlung. Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, sind

- an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und
- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen.

Von der ASV umfasst sind

- Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie z. B. onkologische, rheumato-logische Erkrankungen, Multiple Sklerose und HIV/Aids,
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringeren Fallzahlen wie z. B. Tuberkulose und Mukoviszidose,
- hochspezialisierte Leistungen, wie CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie.¹⁴

Teilnahmewillige müssen gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzeigen, dass sie die jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen, einer Genehmigung als solcher bedarf es nicht. Die Leistungserbringer sind nach Ablauf einer Frist von zwei

12 Clemens, 2013, Kap. 13, Rdnr. 214.

13 Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

14 Eine vollständige Aufzählung aller von der ASV umfassten Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen enthält § 116b Abs. 1 SGB V.

Monaten nach Eingang der Anzeige zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt, wenn der Landesausschuss ihnen nicht innerhalb dieser Frist mitgeteilt hat, dass sie die hierfür notwendigen Anforderungen und Voraussetzungen nicht erfüllen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist mit der Ausgestaltung der sächlichen und personellen Anforderungen als auch der Konkretisierung der Erkrankungen beauftragt. Diesen Auftrag erfüllt der G-BA durch den Erlass der ASV-Richtlinie. Bis dato sind erst für folgende Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen die Voraussetzungen zur Erbringung und Abrechnung innerhalb der ASV geschaffen worden:

- Tuberkulose und atypische Mykobakteriose,
- Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle,
- Marfan-Syndrom,
- Gynäkologische Tumoren (Richtlinie noch nicht in Kraft),
- Pulmonale Hypertonie (Richtlinie noch nicht in Kraft).

Der Vorteil der ASV liegt darin, dass sektorenübergreifend einheitliche Qualitätsanforderungen durch den G-BA festgelegt werden und eine sektorenübergreifende einheitliche Vergütungssystematik Anwendung findet. Die Leistungen werden unbudgetiert, ohne Mengenbegrenzung mit festen Preisen vergütet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren gemeinsam für die Vergütung der ASV-Leistungen eine Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenordnungspositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinie.¹⁵ Bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der Gebührenordnungspositionen des EBM mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung.

Die MGV muss um die Leistungen der ASV bereinigt werden, allerdings darf die Bereinigung nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen.

■ ■ Selektivverträge

Während die ambulante vertragsärztliche Versorgung schwerpunktmäßig kollektivvertraglich organisiert ist, gewinnen seit dem Inkrafttreten des GKV-WSG die Selektivverträge zunehmend an Bedeutung.

Kennzeichnend für die zwischen den KVen und Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge (Kollektivverträge) ist, dass die KV für ihren Zuständigkeitsbereich die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung übernimmt und hierfür im Gegenzug die Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhält, die sie auf die Leistungserbringer verteilt. Der Kollektivvertrag umfasst somit alle Leistungserbringer. Im Gegensatz hierzu ist die Teilnahme an den sog. Selektivverträgen für alle Beteiligten (Krankenkassen und deren Versicherte, Leistungserbringer) freiwilliger Natur, und es herrscht weitgehend Vertragsfreiheit bei der Ausgestaltung der Verträge.¹⁶

➤ Merke

Für den Arzt ist die Teilnahme an Selektivverträgen, abgesehen vom medizinischen Nutzen der hiervon umfassten Leistungen, deshalb so interessant, weil diese Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung (vgl. hierzu die Ausführungen unter ► Abschn. 2.1.1) in der vertraglich vereinbarten Höhe vergütet werden.

Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)

Der bekannteste und auch am weitesten verbreitete Selektivvertragstypus sind die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Dies ist auch nicht verwunderlich, da der Gesetzgeber angesichts der demographischen Entwicklungen, steigender Chronikerzahlen, Multimorbiditäten und gleichzeitig sinkender Hausarztzahlen (vor allem in ländlichen Regionen) die Krankenkassen verpflichtet hat, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten (§ 73b Abs. 1 SGB V).

Durch die HZV soll der Hausarzt wieder in den Mittelpunkt der Versorgung gerückt werden und quasi alle Seile in den Händen halten; er ist es, der die gesamte Behandlung des Patienten koordiniert,

15 § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V.

16 Hartmannsgruber, 2015, Kap. 7, Rdnr. 182.

Überweisungen ausstellt und die Befunde von allen ambulanten Kollegen als auch die stationären Befunde sammelt und verwaltet. So sollen Doppeluntersuchungen, überflüssige Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte vermieden und die Patienten besser versorgt werden bei gleichzeitiger Entbürokratisierung der Tätigkeit für den Arzt und besserer Honorierung.¹⁷

Grundsätzlich ist jeder zur Teilnahme an der Hausärztlichen Versorgung berechnigte Arzt auch berechnigt, an der HZV teilzunehmen. Es müssen jedoch zusätzlich die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
- Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
- Erfüllung der Fortbildungspflicht (vorgeschrieben in § 95d SGB V) durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
- Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatoren-gestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.¹⁸

Die Teilnahme ist für den Patienten freiwillig; er muss eine entsprechende Teilnahmeerklärung bei seiner Krankenkasse abgeben, die er binnen 2-Wochen-Frist nach Abgabe ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Der Patient verpflichtet sich immer zuerst seinen Hausarzt aufzusuchen und ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen. Ausnahmen hiervon bestehen nur bei

- Notfällen,
- Ärztlichem Notdienst,

- Terminen beim
 - Augenarzt,
 - Zahnarzt,
 - Frauenarzt,
 - Kinder- und Jugendarzt.

Der Versicherte ist an seine Teilnahmeerklärung für mindestens ein Jahr gebunden; die weitergehenden Einzelheiten regeln die Krankenkassen in ihren Teilnahmeerklärungen.

Die Teilnahme an der HZV ist für den Vertragsarzt verhältnismäßig einfach. Auf der Internetseite des Hausärzterverbandes (www.hausaerzteverband.de) befindet sich eine Übersicht über alle Verträge der einzelnen Bundesländer inklusive aller Unterlagen. Der Arzt braucht sich nur noch die Teilnahmeerklärungen zu den Verträgen, an denen er teilnehmen will, auszudrucken, füllt sie aus und faxt die Teilnahmeerklärung an die jeweils angegebene Nummer. Die HÄVG prüft dann die Teilnahmevoraussetzungen und übersendet bei Erfüllung der Voraussetzungen ein Bestätigungsfax an den Arzt, der mit der Post ein Starterpaket mit allen notwendigen Unterlagen erhält. Dann kann mit der Einschreibung der Patienten und ihrer Versorgung im Rahmen der HZV begonnen werden. Die Abrechnung erfolgt über eine gesicherte Onlineverbindung.

➤ Merke

Die Teilnahme an der HZV ist für den Arzt aus mehreren Punkten attraktiv. Zum einen erwartet den Arzt eine attraktive Vergütung mit Fallwerten, die durchschnittlich 30 bis 40 Prozent über denen der Regelversorgung liegen¹⁹, und zum anderen eine leichtere und übersichtlichere Abrechnung durch ein klar strukturiertes Vergütungssystem.²⁰

Disease-Management-Programme (DMP)

Bei den Disease-Management-Programmen handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung für chronisch Kranke verbessern sollen.

17 HZV, Sonderbeilage in Der Hausarzt/Der Allgemeinarzt, Feb./März 2015, S. 3.

18 § 73b Abs. 2 SGB V.

19 HZV, Sonderbeilage in Der Hausarzt/Der Allgemeinarzt, Feb./März 2015, S. 3.

20 HZV, Sonderbeilage in Der Hausarzt/Der Allgemeinarzt, Feb./März 2015, S. 5.

Bis dato bestehen folgende Programme:

- Diabetes mellitus Typ 1,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit (KHK) mit dem Modul Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale,
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Die Teilnahme an den DMPs ist für alle Beteiligten freiwillig. Unter der Voraussetzung einer gesicherten Diagnose muss der Patient nur schriftlich seine Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm erklären, die er jederzeit ohne Begründung widerrufen kann. Teilnahmewillige Ärzte müssen ihren Teilnahmewillen gegenüber ihrer KV anzeigen und ggf. notwendige Qualifikationen und Ausstattungen nachweisen.

Trotz erhöhtem bürokratischem Aufwand liegt auch hier die Attraktivität der Teilnahme an DMPs in der außerhalb der MGV erfolgenden Vergütung ohne Mengenbegrenzung zu festen Euro-Preisen.

Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)

Da die bisherigen Regelungen zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im SGB V wenig systematisch geregelt waren, erfolgte durch das GKV-WSG im Sommer 2015 eine Neustrukturierung in § 140a SGB V, in dem die bis dahin in den §§ 73a (Strukturverträge), 73c (Einzelverträge mit besonderem Versorgungsauftrag) und § 140a (integrierte Versorgung) enthaltenen Regelungen zusammengefasst wurden.²¹ Die bisherigen, nach §§ 73a, 73c und 140a SGB V bis zum 22.07.2015 geschlossenen Verträge gelten fort.

Nach § 140a SGB V können die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten mit

- nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften (Vertragsärzten, MVZ, etc.),
- Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung

der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,

- Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
- Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1,
- pharmazeutischen Unternehmern,
- Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
- Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen, abschließen.

Die Vertragspartner haben bei der Gestaltung der Vertragsinhalte große Gestaltungsfreiheit und können über den Leistungsumfang der Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Leistungen vereinbaren.²² So können beispielsweise Leistungen der Früherkennung nach §§ 25, 26 SGB V, Leistungen der SAPV, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, und innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben, Vertragsgegenstand sein.²³

Wie bei allen Selektivverträgen müssen die Versicherten ihre freiwillige Teilnahme schriftlich gegenüber der Krankenkasse erklären; die Teilnahmeerklärung kann binnen zwei Wochen nach Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Einzelheiten zur Durchführung der Teilnahme, zur zeitlichen Bindung der Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und die Folgen bei Pflichtverstößen regeln die Krankenkassen in ihren Teilnahmeerklärungen.

2.1.3 Förderung kooperativer Behandlungsformen

Nach dem gesetzgeberischen Willen hat der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten

21 GKV-WSG, BT-Drs. 18/4095, zu Nummer 69.

22 GKV-WSG, BT-Drs. 18/4095, zu Nummer 69.

23 GKV-WSG, BT-Drs. 18/4095, zu Nummer 69.

2

Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen, und es müssen für Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden.²⁴ Die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) muss hierfür Vorgaben erstellen, was sie in Teil D „Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen“ der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGBV zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen getan hat. Die Vorgaben lauten wie folgt:

1. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen.
2. Liegen Tatbestände für eine Berücksichtigung vor, kann zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen das zu erwartende praxisbezogene Honorar
 - a. bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht werden,
 - b. bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht werden, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10% erreicht wird, und
 - c. in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in **Tab. 2.1** in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht werden.
 - d. Dabei ist der Kooperationsgrad wie folgt definiert: $\text{Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent} = \frac{\text{relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im}}$

Tab. 2.1 Anpassungsfaktoren

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

$\frac{\text{Vorjahresquartal / Zahl der relevanten Behandlungsfälle im Vorjahresquartal} - 1}{\times 100}$.

- e. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ergänzende Regelungen zur Erleichterung der Ermittlung des Kooperationsgrades, zum Beispiel durch Kennzeichnung der Arztfälle, festlegen.
- f. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für förderungswürdige fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß c. mit weit überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach- bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit festlegen, auch wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.
3. Von den in dem Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten kann nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung abgewichen werden.
4. Die Regelung in 2. ist auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.
5. Von den vorgeschlagenen Zuschlägen gemäß 2. kann die Kassenärztliche Vereinigung abweichende Regelungen festlegen, um der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen.

24 § 87b Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V.

Zusammengefasst bedeuten diese Vorgaben folgendes: In einem ersten Schritt muss die KV prüfen, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Und nur, wenn dies bejaht wird, kann das Honorar erhöht werden. Kann heißt aber nicht Muss und so dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach den Punkten 3 bis 5 von den Regelungen abweichen – d. h., die Entscheidung, wie die Vorgaben der KBV umgesetzt werden, steht im Ermessen der KVen und so verwundert die teils sehr unterschiedliche Umsetzung nicht.²⁵

Da die KVen von den KBV-Vorgaben abweichen können, wurden teilweise sehr unterschiedliche Systeme der Kooperationszuschläge entwickelt. Während sich einige KVen an die Systematik der KBV gehalten und die Zuschläge nach standortgleichen fach- und schwerpunktgleichen BAG, standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und fach- und schwerpunktübergreifenden BAG differenziert haben²⁶, haben andere KVen zusätzlich noch nach Fachgruppen differenziert und die Hausärzte besonders gefördert²⁷, wieder andere differenzieren nur nach dem Standort der Kooperation²⁸, andere nur nach fach- und schwerpunktgleichen bzw. -übergreifenden Kooperationen.²⁹

Während die Regelungen standort- und fach- und schwerpunktgleiche Kooperationen betreffend bundesweit halbwegs ähnlich sind, sind die Unterschiede bei fach- und schwerpunktübergreifenden Kooperationen erheblich. So erhalten standort- und fach- und schwerpunktgleiche Kooperationen in vielen KVen einen Zuschlag von 10 %, in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen sogar einen Zuschlag in Höhe von 22,5 %, sofern es sich um eine rein hausärztliche Kooperation handelt. Hier werden die Hausärzte im Gegensatz zu den anderen Fachärzten mit einem mehr als doppelt so hohen Zuschlag bedacht. Eine fach- bzw. schwerpunktübergreifende Kooperation erhält in Bremen

einen Zuschlag von 5 % je Arztgruppe, maximal jedoch 15 %, in Baden-Württemberg abhängig vom Kooperationsgrad 10 bis 20 % und in Bayern, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern bis zu 40 %, abhängig vom Kooperationsgrad. In Schleswig-Holstein erhalten nur die fachgleichen Teile innerhalb einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis im fachärztlichen sowie im hausärztlichen Versorgungsbereich zur Ermittlung der PZV einen Aufschlag in Höhe von 10 % auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Tipp

Wenn Sie beabsichtigen, sich zur kooperativen Leistungserbringung mit anderen Kollegen zusammenzuschließen, sollten Sie prüfen, für welche Konstellationen und in welchem Umfang Ihre KV Zuschläge zahlt und dies bei der Ausgestaltung Ihres Gesellschaftsvertrages mit berücksichtigen.³⁰

2.1.4 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der EBM stellt die Grundlage für die Abrechnung aller vertragsärztlichen Leistungen dar und wird vom Bewertungsausschuss, dem jeweils drei Vertreter der KBV und des Spitzenverbandes der Krankenkassen angehören, beschlossen.

Er bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander und – soweit möglich – den zur Erbringung der Leistung notwendigen Zeitaufwand.³¹ Systematisch ist der EBM in arztübergreifende Gebührenordnungspositionen und haus- und fachärztliche Leistungskapitel, die wiederum nach den einzelnen Facharztgruppen unterteilt sind, gegliedert. Jeder Leistung wird eine Gebührenordnungsposition zugeordnet, der obligate und ggf. fakultative Leistungsinhalt definiert und Hinweise zur Abrechenbarkeit bzw. dem

25 Eine Übersicht über die Kooperationszuschläge der KVen enthält Anlage 1.

26 z. B. Berlin, Brandenburg.

27 z. B. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen.

28 z. B. Hessen und Sachsen-Anhalt.

29 z. B. Thüringen.

30 HZV, Sonderbeilage in Der Hausarzt/Der Allgemeinarzt, Feb./März 2015, S. 5.

31 § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Abrechnungsausschluss bei Ansatz weiterer GOP (Gebührenordnungspositionen) gegeben. Jeder Leistung ist dann eine dem Aufwand entsprechende Punktzahl zugeordnet.

Beispiel

03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist

Obligater Leistungsinhalt

Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson

Fakultativer Leistungsinhalt

Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen)

Abrechnungsbestimmung

Je vollendete 10 Minuten

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig. Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.

Abrechnungsausschlüsse

In derselben Sitzung: 03370, 03372, 03373, 35100, 35110

Im Behandlungsfall: 30700

Punkte: 90

Gesamt (Euro): 9,39

Prüfzeit

10 Minuten Tages- und Quartalsprofil

Merke

- Die Gebührenordnungspositionen dürfen nur abgerechnet werden, wenn der obligate Leistungsinhalt auch wirklich erbracht wurde.
- Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung wird die Honorarabrechnung auf ihre Rechtmäßigkeit hin überprüft. Bei einem vollzeitigen Versorgungsauftrag ist ein Arzt dann auffällig, wenn er:
 - bei den Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen mehr als zwölf Stunden oder
 - im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden vertragsärztlich gearbeitet hat.

Um Abrechnungsfehler rechtzeitig aufzudecken, wird empfohlen, vor Abgabe der Quartalsabrechnung die Tagesprofile und Quartalsprofile zu überprüfen und bei Überschreiten der Aufgreifkriterien kritisch zu prüfen, ob die obligaten Leistungsinhalte tatsächlich erbracht wurden.

Seit 01. Januar 2009 wird auf Bundesebene jeweils bis zum 31. August eines Jahres ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert in Euro beschlossen.³² Dieser ist im Jahr 2016 um 1,6 % auf einen Betrag i. H. v. 10,4361 Cent gestiegen. Entsprechend ergibt sich in vorherigem Beispiel für die GOP 03230, der ein Punktwert von 90 zugeordnet ist, ein Orientierungswert von 9,39 € (90 Punkte × 10,4361 Cent Orientierungswert). Wie der Name bereits sagt, handelt es sich nur um einen Orientierungswert, der auf Landesebene von den regionalen Vertragspartnern erneut festgesetzt werden muss. Den regionalen Vertragspartnern wird hierdurch ein Spielraum eingeräumt, auf die tatsächlichen Gegebenheiten in ihrer KV-Region zu reagieren – sie können auf den bundeseinheitlichen Orientierungswert Zu- oder Abschläge vereinbaren.³³

Da es sich bei dem EBM um ein abschließendes Leistungsverzeichnis handelt, sind die Vertragspartner verpflichtet, den EBM in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibung und ihre Bewertung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik ist.³⁴

32 § 87 Abs. 2e SGB V.

33 § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V; Köhler/Hess, 2015, A2, S. 13.

34 Köhler/Hess, 2015, A2, S. 8.

➤ Merke

Leistungen, die im EBM nicht abgebildet sind, sind bei Gesetzlich Krankenversicherten gegenüber der KV nicht liquidierbar, wenn nicht regionale Ausnahmegenehmigungen, wie etwa in Modellvorhaben, vorliegen. Der Gesetzlich Krankenversicherte hat außerhalb des durch den EBM abgesteckten Abrechnungsrahmens grundsätzlich keine Ansprüche.³⁵

Medizinische Kooperationen sind vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht und sollen auch gefördert werden, weshalb für die Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen spezifische Fallpauschalen festzulegen sind, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen sollen.³⁶

2.2 Honorarsystematik PKV (Private-Krankenversicherung)

Die Vergütung der privatärztlichen Leistungen erfolgt nach den Vorschriften der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) soweit durch Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist.³⁷ Dies bedeutet, dass der Arzt sein Honorar für von ihm erbrachte Leistungen nicht nach freiem Belieben festsetzen darf. Auch Wunschleistungen sind nach GOÄ abzurechnen.³⁸

Obacht ist bei der privaten Liquidation gegenüber Gesetzlich Krankenversicherten zu geben! Grundsätzlich hat der Gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Sachleistung, wenn er nicht Kosten-erstattung gewählt hat.

➤ Merke

„Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Leistungspflichten.“³⁹

Eine Vergütung dürfen Sie nur fordern,

1. wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 BMV-Ä nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,
2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,
3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.⁴⁰

Der Arzt darf gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ nur Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, dürfen nur berechnet werden, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht werden. Die Vertragsbedingungen der Privaten Krankenversicherungen sehen regelmäßig auch eine Beschränkung der Leistungspflicht auf medizinisch notwendige ärztliche Maßnahmen vor, sodass der Patient auch nur diese Leistungen von seiner Versicherung erstattet bekommt.

➤ Merke

Wenn es sich nicht um eine medizinisch notwendige ärztliche Leistung handelt oder Sie Zweifel daran haben, müssen Sie den Patienten vor Erbringung der Leistung hierüber aufklären und dürfen die Leistung dann nur auf Verlangen des Patienten erbringen und nach GOÄ abrechnen.

Die Gebührentatbestände der GOÄ untergliedern sich in die Grundleistungen nach Kapitel B, nicht-gebietsbezogene Sonderleistungen nach Kapitel C und die fachgebietsbezogenen Sonderleistungen nach Kapitel D bis P.

35 Clemens, 2014, § 22 Rdnr. 8.

36 § 87 Abs. 2c Satz 5 SGB V.

37 § 1 Abs. 1 GOÄ.

38 Wenning, 2013, Rdnr. 490.

39 § 18 Abs. 8 Satz 2 BMV-Ä.

40 § 18 Abs. 8 Satz 3 BMV-Ä.

Merke

Eine Privatrechnung muss die folgenden Inhalte enthalten:

- Rechnungsaussteller/behandelnder Arzt
- Behandelte Person
- Datum der Leistungserbringung
- Nummer der Gebührenordnungsposition und Bezeichnung der Leistung einschließlich der in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Mindestdauer
- Betrag
- Steigerungssatz
- Ggf. Art der Entschädigung/Auslage

Im Gegensatz zu den Gesetzlich Krankenversicherten, bei denen der Vertragsarzt seine Leistungen ca. drei bis vier Monate nach Quartalsende von der KV bezahlt bekommt (Sachleistungsprinzip), schuldet der Privatpatient ihm direkt die Zahlung und kann dann seinerseits die Rechnung bei seiner PKV bzw. Beihilfe einreichen (Kostenerstattungsprinzip)⁴¹. Das privatärztliche Honorar ist nach Erhalt einer den Vorgaben der GOÄ entsprechenden Rechnung sofort fällig.

Seit Jahren wird die fehlende Aktualität der GOÄ bemängelt, die 1965 erstmals in Kraft trat, seit 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert wurde⁴², letztmalig 1996 mit einer Anhebung der Vergütung um 3,6 %. So ist es nicht verwunderlich, dass einige Bereiche der Medizin im Gebührenverzeichnis auf dem Stand der 1970er-Jahre abgebildet sind und es dringend einer Anpassung und Reform bedarf.⁴³ Zur Vorbereitung der Entwicklung eines gemeinsamen Novellierungsvorschlages haben die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im November 2013 eine Rahmenvereinbarung geschlossen, die die zwischen den Parteien konsentierten Positionen zusammenfasst. Hierzu gehören u. a.:

- Beibehaltung der GOÄ als Einzelleistungsvergütung, wobei im Falle der regelhaften Kombination von Einzelleistungen in der Patientenversorgung entsprechende arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet werden können⁴⁴,

- Leistungsbewertungen mit nicht unterschreitbaren „robusten Einfachsätzen“⁴⁵,
- Aufnahme zeitbezogener GOP⁴⁶,
- Fortschreibung des Instrumentes zur Analogbewertung innovativer und nicht in der GOÄ abgebildeter Leistungen⁴⁷,
- Regelungen zur Wahlärztlichen Vergütung⁴⁸,
- Einrichtung einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ.⁴⁹

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages haben am 23. Januar 2016 den Leitantrag des BÄK-Vorstandes angenommen, und nun hoffen alle Beteiligten, dass die so dringend erwartete GOÄ-Novelle noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird.

Fazit

Die Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung sind äußerst komplex und für den Arzt weitgehend nicht mehr durchschaubar. Kaum ein Arzt hat jemals den für ihn geltenden Honorarverteilungsmaßstab seiner KV gelesen und so verwundert es nicht, dass die meisten Ärzte ihre Honorarbescheide nur daraufhin prüfen, ob der Auszahlungsbetrag in etwa so hinkommt, und die detaillierten Darstellungen und Berechnungen nicht weiter nachvollziehen. Die Möglichkeiten, das von der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung umfasste Honorar zu steigern, sind aufgrund von Mengenbegrenzungen gar nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang vorhanden. Da der Gesetzgeber kooperative Behandlungsformen stärken und fördern will, enthalten die Honorarverteilungsmaßstäbe Regelungen zur Erhöhung des Honorars für Teilnehmer kooperativer Behandlungsformen. Hier besteht für die niedergelassenen Ärzte noch die Möglichkeit, durch strategische Kooperationen außerhalb der typischen Einspar- und Synergieeffekte durch den Zusammenschluss mit Kollegen ihr Honorar zu erhöhen. Mit Spannung darf der noch für dieses Jahr erwarteten Reform der GOÄ entgegengesehen werden.

41 Scholz, 2013, Rdnr. 333.

42 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 3.

43 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 3.

44 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 6.

45 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 7 (bei Begründung der besonderen Schwere im Einzelfall soll der robuste Einfachsatz gesteigert werden können).

46 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 8.

47 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 9.

48 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 9f.

49 BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung 2013, S. 11.

2.3 Anlage 1: Kooperationszuschläge nach Honorarverteilungsmaßstab 1/2016

KV		Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
KVB	10%	10%, soweit ein Kooperationsgrad von mind. 10% erreicht wird	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	
Baden- Württem- berg	10 % ⁵⁰	Sofern an einem Vertragsarztsitz inner- halb einer standortübergreifenden BAG, MVZ und Praxis mit angestellten Ärzten mehrere Ärzte gleicher Arzt- gruppen gemäß Anlage 1b niederge- lassen sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 % erhöht. ⁵¹	Teilnehmer von	Anpassungsfaktor von 10 % festgesetzt werden	Teilnehmer von der KV BW anerkannten Praxisnetzen erhalten einen Aufschlag auf das RLV/QZV-Gesamt- volumen in Höhe von 100 € pro Quartal. ⁵⁴
KV/BW	Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5a.	Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5b.	Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5b.	Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5b.	Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5b.

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen																		
Bayern	- In fachgleichen hausärztlichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM⁵⁵ und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM mit angestelltem Arzt/Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM wird das RLV um 22,5 % erhöht. Satz 1 gilt für Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 des EBM entsprechend. Satz 1 gilt für fachgleiche hausärztliche Medizinische Versorgungszentren entsprechend.⁵⁶ - Für alle anderen: 10 %	Teilnehmer von Standortübergreifenden - BAG - MVZ - Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 erhalten eine Erhöhung des RLV um 10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.⁵⁷ In fachgleichen hausärztlichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM⁵⁸ und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM mit angestelltem Arzt/Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 des EBM wird das RLV um 22,5 % erhöht. Satz 1 gilt für Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 des EBM entsprechend. Satz 1 gilt für fachgleiche hausärztliche Medizinische Versorgungszentren entsprechend.⁵⁹	In standortgleichen fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1, Nr. 2 tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht. <table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0⁶¹</td></tr><tr><td>10 bis unter 15</td><td>10</td></tr><tr><td>15 bis unter 20</td><td>15</td></tr><tr><td>20 bis unter 25</td><td>20</td></tr><tr><td>25 bis unter 30</td><td>25</td></tr><tr><td>30 bis unter 35</td><td>30</td></tr><tr><td>35 bis unter 40</td><td>35</td></tr><tr><td>40 und mehr</td><td>40</td></tr></table> Unterschreitet der Kooperationsgrad einer Praxis den Wert von 10 %, so wird bei standortgleichen fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen ein Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % festgelegt, soweit eine der Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist. Teilnehmer von Standortübergreifenden - BAG - MVZ - Praxen mit angestellten Ärzten einer oder mehrerer Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 erhalten eine Erhöhung des RLV um 10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird.⁶²	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0 ⁶¹	10 bis unter 15	10	15 bis unter 20	15	20 bis unter 25	20	25 bis unter 30	25	30 bis unter 35	30	35 bis unter 40	35	40 und mehr	40	Teilnehmer von der KVB anerkannten Ärztenetzen erhalten einen Aufschlag von 125 EUR pro Quartal bis zu einem Gesamtwert von 250.000 EUR pro Netz. Bei Netzen mit über 2000 Teilnehmern reduziert sich der Betrag entsprechend. ⁶⁰
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %																					
0 bis unter 10	0 ⁶¹																					
10 bis unter 15	10																					
15 bis unter 20	15																					
20 bis unter 25	20																					
25 bis unter 30	25																					
30 bis unter 35	30																					
35 bis unter 40	35																					
40 und mehr	40																					
55	Hierzu gehören: FÄ für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben.																					
56	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.6 Abs. 3 Zif. d.																					
57	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.6 Abs. 3 Zif. d.																					
58	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.6 Abs. 3 Zif. a.																					
59	Hierzu gehören: FÄ für Allgemeinmedizin, FÄ für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, FÄ für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben.																					
60	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.6 Abs. 3 Zif. d.																					
61	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.7.																					
62	Wird der Kooperationsgrad von 10 % unterschritten wird ein Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % festgelegt, soweit eine der Arztgruppen gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr. 2 HVM durch mehrere Teilnehmer in der Praxis vertreten ist.																					
	KVB Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, 7.3.6 Abs. 3 Zif. a.																					

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunkübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen																		
Berlin	10 % ⁶³	10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird ⁶⁴	Teilnehmer erhalten unter Berücksichtigung ihres jeweiligen Kooperationsgrades folgende Erhöhungen⁶⁵: <table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0</td></tr><tr><td>10 bis unter 15</td><td>10</td></tr><tr><td>15 bis unter 20</td><td>15</td></tr><tr><td>20 bis unter 25</td><td>20</td></tr><tr><td>25 bis unter 30</td><td>25</td></tr><tr><td>30 bis unter 35</td><td>30</td></tr><tr><td>35 bis unter 40</td><td>35</td></tr><tr><td>40 und mehr</td><td>40</td></tr></table>	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0	10 bis unter 15	10	15 bis unter 20	15	20 bis unter 25	20	25 bis unter 30	25	30 bis unter 35	30	35 bis unter 40	35	40 und mehr	40	Die Vertreterversammlung beschließt gesonderte Ver- gütungsregelungen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V auf Antrag von durch die Kassenärztlichen Verein- igung Berlin anerkannten Praxisnetzen. Hierbei berück- sichtigt sie den vom Praxis- netz wahrzunehmenden Versorgungsauftrag und dessen Gewichtung in Bezug auf die hausärztliche und fachärztliche ambulante ver- tragsärztliche Versorgung.⁶⁶ Förderung der Übermitt- lung elektronischer Briefe (eArztbrief) als Zuschlag zur entsprechenden EBM- Ziffer in Höhe von jeweils 5 Cent pro versendeten bzw. empfangenen eArzt- brief für Ärzte in anerkannt- ten Praxisnetzen⁶⁷
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %																					
0 bis unter 10	0																					
10 bis unter 15	10																					
15 bis unter 20	15																					
20 bis unter 25	20																					
25 bis unter 30	25																					
30 bis unter 35	30																					
35 bis unter 40	35																					
40 und mehr	40																					
Branden- burg	10 %	10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird	Honorarerhöhung um folgende Anpassungsfaktoren: <table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0</td></tr><tr><td>10 bis unter 15</td><td>10</td></tr><tr><td>15 bis unter 20</td><td>15</td></tr><tr><td>20 bis unter 25</td><td>20</td></tr><tr><td>25 bis unter 30</td><td>25</td></tr><tr><td>30 bis unter 35</td><td>30</td></tr><tr><td>35 bis unter 40</td><td>35</td></tr><tr><td>40 und mehr</td><td>40</td></tr></table> Zusätzlich begrenzt anhand der Anzahl der in der Praxis vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage 1 in Höhe von 5 % je Arztgruppe für bis zu sechs Arztgruppen oder Schwerpunkte bzw. 2,5 % ab der siebten⁶⁸	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0	10 bis unter 15	10	15 bis unter 20	15	20 bis unter 25	20	25 bis unter 30	25	30 bis unter 35	30	35 bis unter 40	35	40 und mehr	40	
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %																					
0 bis unter 10	0																					
10 bis unter 15	10																					
15 bis unter 20	15																					
20 bis unter 25	20																					
25 bis unter 30	25																					
30 bis unter 35	30																					
35 bis unter 40	35																					
40 und mehr	40																					

63 KV Berlin Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5 i.V.m. Anlage 5 Nr. 4 Zif. 1.

64 KV Berlin Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5 i.V.m. Anlage 5 Nr. 4 Zif. 2.

65 KV Berlin Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 9 Abs. 5 i.V.m. Anlage 5 Nr. 4 Zif. 3.

66 KV Berlin, HVM 1/2016, § 2 Abs. 9.

67 KV Brandenburg, HVM 1/2016, Anlage 3 zum HVM.

68 KV Brandenburg, HVM 1/2016, § 10.

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
Bremen	10 %	Ortsübergreifende BAG: Praxen mit angestellten Ärzten können auf Antrag einen gleichartigen Zuschlag wie ortsgleiche BAG erhalten – über die Höhe entscheidet der Vorstand der KV HB unter Berücksichtigung des Grades der Kooperation. ⁶⁹	Ortsgleiche , fach- bzw. schwerpunktübergreifende BAG, Praxen mit angestellten Ärzten erhalten je vertretene Arztgruppe gemäß Anlage 1 5 %, maximal 15 %. Ortsübergreifende BAG, Praxen mit angestellten Ärzten können auf Antrag einen gleichartigen Zuschlag erhalten – über die Höhe entscheidet der Vorstand der KV HB unter Berücksichtigung des Grades der Kooperation. ⁷⁰	
Hamburg		Keine explizite Regelung im HVM ⁷¹		
Hessen	Hessen differenziert nur nach dem Standort der Kooperation: Das praxisbezogene RLV wird			
	1. bei nicht standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, standortgleichen Teilen von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht ⁷²			
	2. bei ausschließlich standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird. ⁷³			
Mecklenburg-Vorpommern	– im hausärztlichen Versorgungsbereich um 22,5 % und – im fachärztlichen Versorgungsbereich um 10 % erhöht ⁷⁴	– im hausärztlichen Versorgungsbereich um 22,5 % und – im fachärztlichen Versorgungsbereich um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird ⁷⁵	Erhöhung des RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren: Kooperationsgrad in % Anpassungsfaktor in % 0 bis unter 10 0 10 bis unter 15 10 15 bis unter 20 15 20 bis unter 25 20 25 bis unter 30 25 30 bis unter 35 30 35 bis unter 40 35 40 und mehr 40	Zur Förderung gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V werden die RLV in von der KV MV anerkannten Praxisnetzen um 2 % erhöht. Die in d) genannten Zuschläge bleiben hiervon unberührt. ⁷⁶

69 KVHB, Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 5.
70 KVHB, Honorarverteilungsmaßstab 1. Quartal 2016, § 5.
71 KV Hamburg, HVM 1/2016, § 2 Abs. 1 enthält nur die Regelung, dass die Vergütung auf der Grundlage der Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGBV erfolgt. Auf Nachfrage erklärte die KV Hamburg, der kooperativen Behandlung würde über die im EBM gewährten Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen für Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, die als Bestandteil der Honoraranforderung ebenfalls ihren Niederschlag in den Budgets der Ärzte und somit auch der Berufsausübungsgemeinschaften finden, Rechnung getragen. Außerdem sei die Verrechnungsfähigkeit von einzelnen Budgets innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft als Instrument zur Förderung einer gemeinschaftlichen ver-
tragsärztlichen Versorgung anzusehen.
72 KV Hessen, HVM mit Wirkung zum 1.1.2016, Ziff. 1.3.1, Abs. 2 a).
73 KV Hessen, HVM mit Wirkung zum 1.1.2016, Ziff. 1.3.1, Abs. 2 b).
74 KV Mecklenburg-Vorpommern, HVM 1/2016, § 6 d) a).
75 KV Mecklenburg-Vorpommern, HVM 1/2016, § 6 d) b).
76 KV Mecklenburg-Vorpommern, HVM 1/2016, § 6 e).

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen												
			Analog der Förderung für fachgleiche Berufsausübungsgemein- schaften wird in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufs- ausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, die überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleich ärztlich besetzt sind, unabhängig von dem nach Satz 1 ermittelten Kooperationsgrad mindestens ein Zu- schlag entsprechend a) und b) auf die fach- bzw. schwerpunkt- gleiche Tätigkeit gewährt. ⁷⁷													
Nieder- sachsen	10 % ⁷⁸	10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird	Erhöhung unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die in nachstehender Tabelle in Pro- zent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren ⁷⁹ :	Anerkannte Praxisnetze werden im Sinne des § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V wie standortübergreifende fach- und schwerpunkt- übergreifende Berufsaus- übungsgemeinschaften behandelt, soweit nicht bereits Zuschläge für Berufsausübungsgemein- schaften im Sinne von a) bis c) gewährt werden.												
			<table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0⁸⁰</td></tr><tr><td>10 bis unter 20</td><td>12,5</td></tr><tr><td>20 bis unter 30</td><td>15</td></tr><tr><td>30 bis unter 40</td><td>17,5</td></tr><tr><td>40 und größer</td><td>20</td></tr></table>	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0 ⁸⁰	10 bis unter 20	12,5	20 bis unter 30	15	30 bis unter 40	17,5	40 und größer	20	
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %															
0 bis unter 10	0 ⁸⁰															
10 bis unter 20	12,5															
20 bis unter 30	15															
30 bis unter 40	17,5															
40 und größer	20															
Nordrhein- Westfalen	In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten ermittelt sich das RLV unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % (Kooperationszuschlag) für alle Ärzte eines Standortes, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen sind und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z. B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGBV in keinem Fall berücksichtigt. ⁸¹															

77 KV Mecklenburg-Vorpommern, HVM 1/2016, § 6 d) c).

78 KV Niedersachsen, Teil B, 8.1.3 a) HVM 1/2016.

79 KV Niedersachsen, Teil B, 8.1.3 c) HVM 1/2016.

80 Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten gemäß Teil B Ziffer 8.4 c) mit weit
überwiegend fach- bzw. schwerpunktgleicher ärztlicher Besetzung (≥ 75 % v. H. gemessen am Tätigkeitsumfang) erhalten einen Anpassungsfaktor in Höhe von 10 % für deren fach-
bzw. schwerpunktgleiche Tätigkeit, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet (KV Niedersachsen, Teil B, 8.1.3 c) HVM 1/2016).

81 KV Nordrhein, Anlage 2 des HVM mit Wirkung ab 1.1.2016, Schritt 6 Ziff. 1) c).

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
Rheinland- Pfalz	Berücksichtigung der Kooperation bei BAG und MVZ Der Leistungsbedarf des Vorjahres einer fachgleichen oder fachübergreifenden Praxis wird unter Berücksichtigung des Zuschlages im Vorjahr gemäß Ziffer 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ermittelt. Damit wird kooperativen Versorgungsformen gemäß § 87 b Abs. 2 SGB V bei der Mengengrenzung Rechnung getragen. War ein Arzt im Vorjahresquartal noch nicht in einer fachgleichen Praxis mit mehr als einem Arzt tätig, so wird sein Leistungsbedarf bezogen auf die Grund- bzw. Versichertenpauschale kalkulatorisch um 10 % bei Fachärzten und 22,5 % bei Hausärzten erhöht. Dies gilt nicht, soweit die Grund- bzw. Versichertenpauschale gemäß Anhang C zum HVM außerhalb der Mengengrenzung vergütet wird. ⁸²			Die gemäß Richtlinie der KV RLP anerkannten Praxisnetze erhalten eine Förderung je Quartal je nach Erfüllung der Kriterien nach § 4 Abs. 2 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen und deren Anlage 1: – Praxisnetze der Basisstufe: 10 EUR je Arzt des Praxisnetzes – Praxisnetze der Stufe I: 15 EUR je Arzt des Praxisnetzes – Praxisnetze der Stufe II: 20 EUR je Arzt des Praxisnetzes ⁸³

82 KV Rheinland-Pfalz, HVM ab 1.1.2016, Anlage 2, Nr. 2.1.

83 KV Rheinland-Pfalz, HVM ab 1.1.2016, Anlage 1, Nr. 10.

Fortsetzung			
KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind
Saarland	10 %	10 %, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird	Für Ärzte am gleichen Standort bleibt 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.⁸⁴ Anerkannte Praxisnetze erhalten folgende Vergütungen: a) 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. b) 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.

84 KV Saarland, HVM 1/2016, Abschnitt II, § 5 (4) h.

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
				c) Gemäß § 5 Abs. 4 Bst. (n) steht für die Vergütungsregelung ein Volumen von maximal 70.000 EUR je Quartal zur Verfügung. Daher erfolgt die Vergütung gemäß Nr. 1 unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Quotierung. ⁸⁵
Sachsen	1. Ärzte in vergleichsgruppengleichen Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches erhalten einen Zuschlag in Höhe von 22,5 % auf das RLV. ⁸⁶ 2. Im Übrigen erhalten andere vergleichsgruppengleiche Kooperationen einen Zuschlag in Höhe von 10 % auf das RLV. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne des 1. Halbsatzes als eine Vergleichsgruppe. ⁸⁷	Ärzte in vergleichsgruppenübergreifenden Kooperationen erhalten grundsätzlich einen Zuschlag in Höhe von 5 % auf das RLV. Sofern der Kooperationsgrad der jeweiligen Kooperation größer als 5 % ist, entspricht der Zuschlag der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte. Es gilt eine Höchstgrenze von 10 %. ⁸⁸ Abweichend hiervon gilt für standortübergreifende Kooperationen , dass sich der Zuschlag in der Höhe des Kooperationsgrades aufgerundet auf ganze Prozentwerte bis zu einer Höchstgrenze von 10 % ergibt. Für Ärzte in vergleichsgruppengleichen standortübergreifenden Kooperationen des hausärztlichen Versorgungsbereiches gilt eine Höchstgrenze in Höhe von 22,5 %. Die Vergleichsgruppen 004 und 005 gelten im Sinne von Satz 2 als eine Vergleichsgruppe. ⁸⁹		Eine gesonderte Vergütung für in Sachsen anerkannte Praxisnetze ist über die Honorarbescheide der teilnehmenden sächsischen Vertragsärzte auf das Konto des jeweiligen Praxisnetzes in Höhe von 0,15 EUR je Vorjahresquartalsbehandlungsfall von teilnehmenden sächsischen Vertragsärzten dieses Praxisnetzes zu honorieren. ⁹⁰

85 KV Saarland, HVM 1/2016, Anlage 3 II. 1-3.

86 KV Sachsen, HVM 1/2016, § 7 (4) a).

87 KV Sachsen, HVM 1/2016, § 7 (4) a).

88 KV Sachsen, HVM 1/2016, § 7 (4) b).

89 KV Sachsen, HVM 1/2016, § 7 (4) c).

90 KV Sachsen, HVM 1/2016, § 4 (1) e).

Fortsetzung				
KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
Sachsen- Anhalt	Sachsen-Anhalt differenziert nur nach Standorten wie folgt: 1. für standortgleich tätige Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten um 10 % erhöht⁹¹ , 2. für standortübergreifend tätige Ärzte wird ein Aufschlag nur gewährt, wenn ein Kooperationsgrad (KG) der gesamten Praxis von mindestens 0,1 % erreicht wird. Bei einem Kooperationsgrad der gesamten Praxis zwischen 0,1 und 10 % oder mehr wird der Aufschlag für den/die standortübergreifend tätigen Arzt/Ärzte auf deren Gesamtvolumen entsprechend des KG gewährt, maximal in Höhe von 10 %.⁹² Ärzte/Praxen, die in Praxisnetzen zusammenarbeiten, die von der KV SA anerkannt sind, erhalten einen Betrag in Höhe von 10 Cent je Behandlungsfall gemäß § 21 Abs. 1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte, in denen der/die Arzt/Ärzte des Praxisnetzes Leistungen erbracht und abgerechnet hat/haben. Nicht berücksichtigt werden Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenleistungen gemäÙ Kapitel 12, 19, 32 und 40 EBM abgerechnet werden.⁹³			

91 KV Sachsen-Anhalt; HVM 1/2016, 5.2.1.1 a).
92 KV Sachsen-Anhalt; HVM 1/2016, 5.2.1.1 b).
93 KV Sachsen-Anhalt; HVM 1/2016, 5.2.1.2 i.V.m. Anlage 3 III.

Fortsetzung				
KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen
Schleswig- Holstein	Analog der EBM-bedingten Aufschläge für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften erhalten die fachgleichen Teile innerhalb einer fach- übergreifenden Gemeinschaftspraxis im fachärztlichen sowie im hausärztlichen Versorgungsbereich zur Ermittlung der PZV einen Aufschlag in Höhe von 10 % auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen. ⁹⁴			Hausärzte erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von 10 %. ⁹⁵ Fachärzte erhalten einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von 10 %. ⁹⁶
Thüringen	Thüringen differenziert nur zwischen fach- und schwerpunktgleichen bzw. -übergreifenden Kooperationsformen wie folgt: 1. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen wird das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) der gleichen Arztgruppe um 10 % erhöht. ⁹⁷ 2. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Kooperationsformen von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten (ohne Ärzte gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGBV), in denen mehrere Ärzte gleicher Arztgruppen tätig sind, wird deren individuelles Punktzahlvolumen um 10 % erhöht. ⁹⁸			
94	KVSH, HVM 1/2016, Teil C, 1. (2).			
95	KVSH, HVM 1/2016, Teil B, 2. (7).			
96	KVSH, HVM 1/2016, Teil B, 3. (11).			
97	KVThüringen, HVM 1/2016, § 10 Abs. 2.			
98	KVThüringen, HVM 1/2016, § 10 Abs. 3.			

Fortsetzung

KV	Standortgleich Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Standortübergreifend Fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe	Fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind	Förderung von Praxisnetzen																				
Westfalen- Lippe	– Für Ärzte des hausärztlichen Bereichs wird das RLV um 16 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entsprechende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen. – Für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird das RLV um 10 % erhöht, sofern die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mindestens mit dem Faktor 2 bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Für den Fall, dass die in der Berufsausübungsgemeinschaft/Praxis tätigen Ärzte insgesamt mit einem geringeren Faktor als 2 in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erfolgt eine entsprechende Quotierung des Zuschlags. Ärzte in Praxen, deren Ärzte insgesamt mit einem Faktor von 1 oder weniger bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, erhalten keinen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen.	– Für Ärzte des hausärztlichen Bereichs wird das RLV um 16 % erhöht, sofern ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird. – Analog zur Förderung der nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselden Schwerpunktes wird für Ärzte am gleichen Standort der Zuschlag in Höhe von 16 % auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet. – Für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird das RLV um 10 % erhöht, sofern ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird. – Analog zur Förderung der nicht standortübergreifenden arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselden Schwerpunktes wird für Ärzte am gleichen Standort der Zuschlag in Höhe von 10 % auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.	– Für Ärzte des hausärztlichen Bereichs in arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 1a tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder der Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht. <table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0</td></tr><tr><td>10 bis unter 20</td><td>16</td></tr><tr><td>20 bis unter 40</td><td>24</td></tr><tr><td>40 und größer</td><td>32</td></tr></table> Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 16% auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet. – Für Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs in arztgruppen- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen gemäß Anlage 1a tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder der Praxis um die in nachstehender Tabelle in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht. <table><tr><th>Kooperationsgrad in %</th><th>Anpassungsfaktor in %</th></tr><tr><td>0 bis unter 10</td><td>0</td></tr><tr><td>10 bis unter 20</td><td>10</td></tr><tr><td>20 bis unter 40</td><td>15</td></tr><tr><td>40 und größer</td><td>20</td></tr></table> Analog zur Förderung der arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes wird für Ärzte derselben Arztgruppe/ desselben Schwerpunktes (am gleichen Standort) der Zuschlag in Höhe von 10 % auch dann gewährt, wenn der Kooperationsgrad den Wert von 10 % unterschreitet.	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0	10 bis unter 20	16	20 bis unter 40	24	40 und größer	32	Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %	0 bis unter 10	0	10 bis unter 20	10	20 bis unter 40	15	40 und größer	20	
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %																							
0 bis unter 10	0																							
10 bis unter 20	16																							
20 bis unter 40	24																							
40 und größer	32																							
Kooperationsgrad in %	Anpassungsfaktor in %																							
0 bis unter 10	0																							
10 bis unter 20	10																							
20 bis unter 40	15																							
40 und größer	20																							

Literatur

- BÄK und PKV-Verband, Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 08.11.2013
- Clemens, Thomas. Honorierung und Honorarverteilung im Vertragsarztrecht, in: Wenzel, Frank, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Auflage. C.H. Beck, München 2013
- Clemens, Thomas. § 22 Die Vergütung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung, in: Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas, Medizinrecht, 3. Auflage. C.H. Beck, München 2014
- GKV Spitzenverband, Faktenblatt Thema: Ambulante Versorgung – Systematik Arzthonorare, 28.04.2015, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_ohne_Karten_2014_05_16.pdf
- Hartmannsgruber, Karl. Kap. 7 D. Rechtsgrundlagen des Vertragsarztrechts, in: Ratzel, Rudolf; Luxenburger, Bernd, Handbuch Medizinrecht, 3. Auflage. C.F. Müller, Heidelberg, 2015
- Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Stand 01.10.2015
- Scholz, Karsten. A. Vergütungsrecht I. Überblick, in: Batan, Marus; Dann, Matthias; Errestink, Dirk, Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte. C.H. Beck, München 2013
- Wenning, Markus. V. Ärztliche Vergütung nach der GOÄ, in: Batan, Marus; Dann, Matthias; Errestink, Dirk, Rechtshandbuch für Ärzte und Zahnärzte. C.H. Beck, München 2013

Ärztliche Großpraxis
Beteiligungsmodelle in
Berufsausübungsgemeinschaften, Gewinnverteilung
ohne Ärger
Ullmann, A.; Busch, D.
2016, X, 134 S. 32 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-662-50507-6