

Verteilungsmaßstab (VM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

ab dem 1. Januar 2024

**in der Fassung des 8. Nachtrags vom 10.12.2025
Inhaltsverzeichnis**

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1	Geltungsbereich	2
§ 2	Grundsätze der Vergütung	2
§ 3	Erstattung von Kosten	2
§ 4	Abrechnungsfähige Leistungen	3
§ 5	Verhinderung der übermäßigen Leistungsausdehnung	3
§ 6	Bereinigung und MGV-Anpassungen	3
§ 7	Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften	3

Abschnitt 2 Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 8	Gesamtvergütung	4
§ 9	Aufteilung der MGV	4
§ 10	Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs	4
§ 11	Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs	5
§ 12	nicht besetzt	5
§ 13	nicht besetzt	5
§ 14	Honorarausgleichsfonds und Rückstellungen	5

Abschnitt 3 Vergütung von Leistungen in den allgemeinen Grundbetragsvolumina

§ 15	Honorarverteilung im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs	6
------	--	---

Abschnitt 4 Vergütung von Leistungen in den besonderen Grundbetragsvolumina

§ 16	Vergütung der „Laborleistungen Muster 10“ und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus	7
§ 17	Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall	7
§ 18	Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (Vergütungskontingent genetisches Labor)	7
§ 19	Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	9

Abschnitt 5 Schlussbestimmungen

§ 20	Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben, Übergangsregelungen	10
------	--	----

Anlage	Übersicht zur Honorarverteilung	11
Anlage	Hausärztlicher Grundbetrag	13
Anlage	Fachärztlicher Grundbetrag	17
Anlage	Verlustbegrenzung	26

Lesefassung des VM

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 13. Dezember 2023 gem. § 87b SGB V folgenden

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 1. Januar 2024

im Benehmen mit den für den Bereich der KVH zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gem. § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V

beschlossen:

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Geltungsbereich

Der VM gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen für Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Knappschaft und der Ersatzkassen.

§ 2 Grundsätze der Vergütung

¹ Die Vergütung der Vertragsärzte erfolgt auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den Bereich der KVH geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung in Verbindung mit den jeweils aktuellen Beschlüssen des Bewertungsausschusses gemäß §§ 87 ff SGB V, den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V, den vertraglichen Vereinbarungen mit den Partnern der Gesamtverträge sowie den Bestimmungen dieses VM. ² Der Vergütungsanspruch ist vorbehaltlich abweichender gesamtvertraglicher Regelungen auf maximal 100 % der Preise nach der regionalen Euro-Gebührenordnung begrenzt. ³ Verspätet zur Abrechnung eingereichte Abrechnungsfälle werden der nächst erreichbaren Honorarabrechnung zugeführt.

§ 3 Erstattung von Kosten

¹ Kosten, die nach den Bestimmungen des EBM berechnet werden können, aber nicht unter die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM fallen, werden in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet. ² Bei Berechnung der Kosten des Einzelfalles sind gewährte Rabatte, auch Naturalrabatte und Rückvergütungen, kostenmindernd in voller Höhe zu berücksichtigen; Skonti bis zur Höhe von 3 % der Rechnungssummen bleiben unberücksichtigt.

§ 4

Abrechnungsfähige Leistungen

Abrechnungsfähig sind nur Leistungen (einschließlich Kostenerstattungen), die zur vertragsärztlichen Versorgung gehören und nach Maßgabe der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen (insbesondere BMV-Ä/EKV, EBM, Richtlinien des G-BA, Richtlinien der KBV, Ergänzende Abrechnungsbestimmungen der KVH) erbracht worden sind.

§ 5

Verhinderung der übermäßigen Leistungsausdehnung

Zur Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der Leistungserbringung über den Versorgungs- bzw. Ermächtigungsumfang hinaus werden Plausibilitätsprüfungen nach § 106d SGB V vorgenommen.

§ 6

Bereinigungen und MGV-Anpassungen

¹ Bereinigungen der MGV erfolgen nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil F. ² Bereinigungen, Änderungen der Abgrenzung der MGV, Vergütungsanpassungen wegen EBM-Änderungen u. ä. werden nach Maßgabe der hierzu ergangenen Beschlüsse in dem von der Änderung betroffenen Vergütungskontingent umgesetzt, vorbehaltlich gesonderter Regelungen im Einzelfall.

§ 7

Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

(1) ¹ Die KV-ÜBAG erhält Aufschläge auf Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen, sofern und soweit dessen Voraussetzungen für die Ärzte der Betriebsteile im Bereich der KVH vorliegen. ² Die Tätigkeit KVH-fremder Ärzte wird hierbei nicht berücksichtigt.

(2) ¹ Die KVH rechnet die Leistungen der KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (KV-ÜBAG), die in Betriebsteilen im Bereich der KVH erbracht wurden, nach den Abrechnungsbestimmungen der KVH ab. ² Die Abrechnung der übrigen Leistungen der KV-ÜBAG erfolgt bei der KV am jeweiligen Ort der Leistungserbringung und nach den Abrechnungsbestimmungen dieser KV.

(3) ¹ Die KVH erlässt für die Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH einen Honorarbescheid, der unter den Vorbehalt der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung gestellt wird. ² Der Bescheid ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz. ³ Die KV-ÜBAG ist Inhaberin des Honoraranspruches für die in sämtlichen Betriebsteilen der KV-ÜBAG erbrachten Leistungen. ⁴ Sie betreibt ggf. Widerspruchs- und Klageverfahren für die gesamte KV-ÜBAG.

(4) ¹ Die Honorarsumme aus dem Honorarbescheid für die bereichseigenen Betriebsteile der KV-ÜBAG wird dem Honorarkonto bei der KVH gutgeschrieben. ² Auszahlungen und Überweisungen erfolgen auf das von der Gesellschaft der KV-ÜBAG benannte Bankkonto.

(5) Gesonderte Regelungen erfolgen in der Anlage Hausärztlicher Grundbetrag und der Anlage Fachärztlicher Grundbetrag.

Abschnitt 2

Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 8

Gesamtvergütung

¹ Die von den Krankenkassen für das Abrechnungsquartal mit befreiender Wirkung zu entrichtende Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB V unterteilt sich in die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergütenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V und den Vereinbarungen mit den Gesamtvertragspartnern und in die MGV gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V. ² Die Verteilung der Gesamtvergütung für die innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen erfolgt nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen dieses VM. ³ Die Anlagen sind Bestandteil dieses VM.

§ 9

Aufteilung der MGV

- (1) ¹ Die Aufteilung der MGV in die Vergütungsvolumina für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie die weitere Verteilung der MGV erfolgt nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V. ² Hierzu werden folgende „Grundbeträge je Versicherten“ sowie bedarfsabhängige Vorwegabzüge gebildet:
 - (2) – allgemeine Grundbeträge –
 - (a) hausärztlicher Grundbetrag
 - (aa) Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“
 - (bb) Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“
 - (cc) Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“
 - (b) fachärztlicher Grundbetrag
 - besondere Grundbeträge –
 - (c) Grundbetrag „Labor“
 - (d) Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“
 - (e) Grundbetrag „genetisches Labor“
 - (f) Grundbetrag „PFG“

(2) ¹ Die Grundbeträge (b) und (e) werden mit der geschätzten Versichertenzahl des Abrechnungsquartals multipliziert. ² Die weiteren Grundbeträge werden mit der Versichertenzahl des Abrechnungsquartals multipliziert. ³ Hieraus ergeben sich die Volumina für die Vergütung der in den besonderen Grundbeträgen und in den allgemeinen Grundbeträgen abgerechneten Leistungen.

§ 10

Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen des hausärztlichen Grundbetrags gem. § 9 Abs. 1 VM ein hausärztliches Vergütungsvolumen gebildet

- (a) unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- (b) unter Berücksichtigung des Ausgleichs von Unter- und Überschüssen in den besonderen Grundbetragsvolumina „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.
- c) unter Berücksichtigung des Vergütungsvolumens „Hausarzt-MGV“
Für die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V wird aus dem Volumen des Vorwegabzugs „Hausarzt-MGV“ ein Vergütungsvolumen ermittelt unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V.
- (d) unter Berücksichtigung des Vergütungsvolumens „Kinderarzt-MGV“ - Für die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V wird aus dem Volumen des Vorwegabzugs Kinderarzt-MGV ein Vergütungsvolumen ermittelt unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V.
- (e) unter Berücksichtigung des Vergütungsvolumens „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ - Aus den Beträgen für Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“) wird ein Vergütungsvolumen ermittelt.

§ 11

Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen des fachärztlichen Grundbetrags gem. § 9 Abs. 1 VM ein fachärztliches Vergütungsvolumen gebildet

- (a) unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- (b) unter Berücksichtigung des Ausgleichs von Unter- und Überschüssen in den besonderen Grundbetragsvolumina „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“ und „PFG“ nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.

§ 12 - nicht besetzt.

§ 13 - nicht besetzt.

§ 14

Honorarausgleichsfonds und Rückstellungen

(1)¹ Die Schätzung der Vergütungsvolumina und der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen durchgeführt.² Im Rechnungsabschluss des Quartals festgestellte Unter- oder Überschüsse werden grundbe-

tragsspezifisch in die Honorarausgleichsfonds gemäß den Richtlinien für die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 75 Abs. 7 SGB V verbucht und im nächst erreichbaren Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung einer angestrebten Honorarstabilität ausgeglichen.³ Über die Honorarausgleichsfonds werden außerdem folgende Sachverhalte abgewickelt:

- (a) nachträglich eingetretene Änderungen in den Abrechnungen mit Ausnahme von Änderungen im Zusammenhang mit Absatz 2.
- (b) Zahlungen von Krankenkassen für Leistungen bei Selektivvertragsteilnehmern, für die eine Bereinigung erfolgt ist (sog. Nichtvertragskonforme Inanspruchnahme (NVI)).
- (c) Vergütung von Leistungen, für die die KVH mit den Hamburger Gesamtvertragspartnern eine extrabudgetäre Vergütung vereinbart hat, bei Versicherten mit Wohnort außerhalb Hamburgs zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung, wenn eine Anerkennung der extrabudgetären Vergütung durch die zahlungspflichtige KV gem. Ziff. 1.3.4 der FKZ-Richtlinie nicht erfolgt ist.

(2) ¹ Für Rechtsrisiken der Honorarverteilung können risikospezifische Rückstellungen aus denjenigen Vergütungsvolumina bzw. Honorarkontingenten gebildet werden, auf die sich das jeweilige Risiko im Rahmen der Durchführung der Honorarverteilung auswirkt. ² Es gilt die Risikomanagement-Richtlinie des Vorstandes. ³ Entnahme und Rückführung von Rückstellungen erfolgen basisunwirksam in Bezug auf die Durchführung der Honorarverteilung nach den Regelungen dieses Verteilungsmaßstabes.

Abschnitt 3

Vergütung von Leistungen in den allgemeinen Grundbetragsvolumina

§ 15

Honorarverteilung im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich

(1) ¹ Die Zuordnung eines Arztes zu einer Arztgruppe richtet sich nach seiner Gebietsbezeichnung. ² Vertragsärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen einer Arztgruppe zugeordnet. ³ Die Arztgruppenkontingente und Leistungskontingente werden unter Einbeziehung der ermächtigten Ärzte gebildet. ⁴ Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen werden den Kontingenten entsprechend dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag zugeordnet (siehe **Anlage Übersicht zur Honorarverteilung**).

(2) ¹ Die Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich richtet sich nach der

Anlage Hausärztlicher Grundbetrag.

² Die Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich richtet sich nach der

Anlage Fachärztlicher Grundbetrag.

Abschnitt 4

Vergütung von Leistungen in den besonderen Grundbetragsvolumina

§ 16

Vergütung der „Laborleistungen Muster 10“ und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus

(1) Die in den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V bezeichneten veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (Anforderungen über Muster 10) sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM - „Laborleistungen Muster 10“ - und der Laborwirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM werden aus dem nach der Vorgabe gebildeten Grundbetragsvolumen „Labor“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ² Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert und zumindest mit einer Quote von 85% der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

(3) Aus der Vergütung resultierende Unter- oder Überschüsse des Grundbetragsvolumens werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.1 ausgeglichen.

§ 17

Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall

(1) Die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im von der KVH organisierten ärztlichen Notfalldienst einschließlich der dabei erbrachten laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 32 EBM werden aus dem nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Grundbetragsvolumen „Bereitschaftsdienst und Notfall“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Aus der Vergütung resultierende Unter- oder Überschüsse des Grundbetragsvolumens werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.2 ausgeglichen.

§ 18

Vergütung der Leistungen des genetischen Labors (Vergütungskontingent genetisches Labor)

(1) ¹ Die in den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V bezeichneten humangenetischen Leistungen werden aus dem nach der Vorgabe gebildeten Grundbetragsvolumen „genetisches Labor“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet. ² Abweichende gesamtvertragliche Regelungen zur extrabudgetären Vergütung von humangenetischen Leistungen werden berücksichtigt.

(2) Zur Stabilisierung der Vergütung der Leistungen des genetischen Labors wird dem Vergütungsvolumen des Abs. 1 regelmäßig im ersten Quartal eines Jahres ein Betrag in Höhe der hälftigen Differenz zwischen den Grundbetragsvolumina des ersten und des zweiten Quartals des Vorjahres - jeweils vor Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs - aus dem Honorarausgleichsfonds Genetisches Labor hinzugefügt und im zweiten Quartal dieses Jahres derselbe Betrag aus dem Vergütungsvolumen des Abs. 1 in den Honorarausgleichsfonds Genetisches Labor zurückgeführt.

(3) ¹ Die Vergütung der Leistungen des Vergütungskontingents genetisches Labor erfolgt ab dem Quartal 3/2025 nach praxisbezogenen Leistungsbudgets. ² Die Regelungen der §§ 3 und 6 bis 13 der Anlage fachärztlicher Grundbetrag gelten sinngemäß entsprechend. ³ Bei der Berechnung der individuellen Leistungsbudgets werden die Leistungen der Gebührenordnungspositionen 11440, 11512, 11513, 19421 sowie 19424 EBM (jeweils einschließlich Suffixe) in dem nach Abs. 4 abgestaffelten Umfang berücksichtigt. ³ Abweichend von § 8 Anlage fachärztlicher Grundbetrag wird kein kontingentdurchschnittliches Leistungsbudget ermittelt, sondern die KVH bestimmt ein Leistungsbudget nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁴ Aus der Vergütung resultierende Überschüsse des Grundbetragsvolumens werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.3 ausgeglichen.

(4) ¹ Abweichend von § 7 Abs. 2 und 4 Anlage fachärztlicher Grundbetrag wird zur Berechnung der individuellen Leistungsbudgets der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals nach folgender Abstaffelung ermittelt. ² Die Gebührenordnungspositionen 11440, 11512 11513, 19421 sowie 19424 EBM (jeweils einschließlich Suffixe) werden abgestaffelt. ³ Berücksichtigt werden je Praxis und Arzt die angeforderten Leistungen bis zu 200 % der durchschnittlichen Leistungsanforderung. ⁴ Die darüber hinaus gehende Leistungsanforderung wird mit 20 % berücksichtigt. ⁵ Die Durchschnittsberechnung erfolgt für die aus dem Vergütungsvolumen genetisches Labor abrechnenden Ärzte, die im jeweiligen Quartal mindestens eine Leistung der Gebührenordnungspositionen 11440, 11512 11513, 19421 sowie 19424 EBM (jeweils einschließlich Suffixe) des genetischen Labors abgerechnet haben und unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors dieser Ärzte.

§ 19

Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung

(1) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung werden aus dem nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Grundbetragsvolumen „PFG“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung der Leistungen erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Aus der Vergütung resultierende Unter- oder Überschüsse des Grundbetragsvolumens werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.4 ausgeglichen.

Abschnitt 5 Schlussbestimmungen

§ 20

Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben, Übergangsregelungen

(1) ¹ Dieser VM tritt am Tage der Veröffentlichung mit Wirkung für die Honorarverteilung ab dem 1. Quartal 2024 in Kraft. ² Änderungen des VM treten am Tage der Veröffentlichung nach Maßgabe der Regelung des Änderungsbeschlusses in Kraft.

(2) ¹ Die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung nach § 87b Abs. 4 SGB V sind für die KVH verbindlich. ² Sie finden auf die Honorarverteilung unmittelbar Anwendung. ³ Soweit die Vorgaben den Kassenärztlichen Vereinigungen inhaltliche Entscheidungsspielräume gewähren, sind von der Vertreterversammlung entsprechende Regelungen im VM vorzunehmen.

(3) Rückbereinigungen der MGV aufgrund der Änderung der Abrechnungsbedingungen der Zuschläge zur Onkologievereinbarung gemäß Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der Honorarvereinbarung 2024 werden im Rahmen der Honorarverteilung wie folgt durchgeführt: Hierzu finden in den Quartalen des Jahres 2024 arztbezogene Rückbereinigungen der aus den nicht rückbereinigten Grundbetragsvolumina und den daraus abgeleiteten Arztgruppenkontingenten ermittelten individuellen Leistungsbudgets bei denjenigen Ärzten der Arztgruppen der Frauenärzte und Urologen statt, die in den Vorjahresquartalen die Ziffernkombinationen aus der 99315/99345 mit 86514 bis 86520 der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet haben. Die arztbezogenen Rückbereinigungssummen nach Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der Honorarvereinbarung 2024 werden anhand der relativen Anteile der arztbezogenen Abrechnungshäufigkeiten der Ziffernkombinationen aus der 99315/99345 mit den 86514 bis 86520 der Onkologie-Vereinbarung in den Vorjahresquartalen als Euro-Beträge ermittelt und dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes zugesetzt. In den Quartalen des Jahres 2025 werden die sich aus der Rückbereinigung ergebenden Beträge in Höhe von je 14.500 € anteilig je Arztgruppenkontingent bei den Arztgruppen der Frauenärzte und der Urologen bei der Ermittlung der Arztgruppenkontingente nach § 1 hinzugaddiert.

Anlage Übersicht zur Honorarverteilung

Vergütung von Leistungen in den allgemeinen Grundbetragsvolumina – Abschnitt 3 VM

Arztgruppen- und Leistungskontingente des hausärztlichen Grundbetragsvolumens sowie Vorwegabzüge		Garantiequote
1	Hausärzte: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt; Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben; Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte), sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben.	ja
2	Kinderärzte	ja
3	Leistungskontingent Laborgemeinschaften Hausärzte (Anforderung über Muster 10a)	Quotierte Vergütung
4	Vorwegabzug „Hausarzt-MGV“	100 % Vergütung
5	Vorwegabzug „Kinderarzt-MGV“	100 % Vergütung
6	Vorwegabzug Förderung „Kinder- und Jugendärzte“	100 % Vergütung

Arztgruppen- und Leistungskontingente des fachärztlichen Grundbetragsvolumens		PLB	Vorweg-abzug	Verlustbegrenzung
1	Anästhesisten	Ja	10 %	97 %
2	Augenärzte	ja	10 %	97 %
3	Chirurgen und Orthopäden	ja	10 %	97 %
4	Fachinternisten (fachärztlich tätig)	ja	10 %	97 %
5	Frauenärzte	ja	10 %	97 %
6	Hautärzte	ja	10 %	97 %
7	HNO-Ärzte	ja	10 %	97 %
8	Humangenetiker	Quotierte Vergütung	-	-
9	Kinder- und Jugendpsychiater	ja	10 %	97 %
10	Laborärzte	ja	10 %	97 %
11	MKG-Chirurgen	Quotierte Vergütung	-	-
12	Nervenärzte	ja	10 %	97 %
13	Neurochirurgen	ja	10 %	97 %
14	Nuklearmediziner	ja	10 %	97 %
15	Pathologen	Quotierte Vergütung	-	-
16	Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	ja	10 %	97 %
17	Psychotherapeuten	ja	10 %	97 %
18	Radiologen	ja	10 %	97 %
19	Strahlentherapeuten	Quotierte Vergütung	-	-
20	Transfusionsmediziner	Quotierte Vergütung	-	-
21	Übrige ermächtigte Einrichtungen	Quotierte Vergütung	-	-
22	Urologen	ja	10 %	97 %

23	Leistungskontingent Laborgemeinschaften Fachärzte (Anforderung über Muster 10a)	Quotierte Vergütung	-	-
24	Leistungskontingent Radiologen CT (Leistungen des Abschnitts 34.3 EBM) Garantiequote	Quotierte Vergütung		
25	Leistungskontingent Radiologen MRT (Leistungen des Abschnitts 34.4 EBM, <i>Mengenabstaffelung mit Garantiequote</i>)	Quotierte Vergütung		
26	Leistungskontingent Nuklearmediziner MRT (Leistungen des Abschnitts 34.4 EBM, <i>Mengenabstaffelung mit Garantiequote</i>)	Quotierte Vergütung		
27	Leistungskontingent Histologie/Zytologie (histologische und zytologische Auftragsleistungen der Hautärzte, Frauenärzte und Pathologen des Abschnitts 19.3 EBM)	Ja	10 %	97 %

Vergütung von Leistungen in den besonderen Grundbetragsvolumina – Abschnitt 4 VM				
1	Laborleistungen Muster 10 und Wirtschaftlichkeitsbonus	mindestens 85%		
2	Bereitschaftsdienst und Notfall	100%		
3	Genetisches Labor (PLB)	PLB	Vorwegab- zug 10 %	Verlustbe- grenzung 99 %
4	Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	100%		

Anlage Hausärztlicher Grundbetrag

Abschnitt I - Vergütung aus dem hausärztlichen Grundbetrag exklusive Vorwegabzüge Hausarzt-MGV, Kinderarzt-MGV und Förderung Kinder- und Jugendärzte

§ 1

Arztgruppen- und Leistungskontingente des hausärztlichen Versorgungsbereichs

(1) Das Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs wird in die Arztgruppenkontingente Hausärzte und Kinderärzte und das Leistungskontingent Laborgemeinschaften Hausärzte für die von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung der Hausärzte und Kinderärzte über Muster 10a) aufgeteilt (Anlage Übersicht zur Honorarverteilung).

(2) ¹ Das Leistungskontingent Laborgemeinschaften Hausärzte wird errechnet aus der Summe der Honorarauszahlungen der Kontingentleistungen im Vorjahresquartal, zuzüglich des Faktors der tatsächlich erfolgten Anpassung des hausärztlichen Vergütungsvolumens gegenüber dem Vorjahresquartal. ² Bei der Summe des Satz 1 werden kontingentbezogen die nach der Regelung des Abs. 5 aus dem Kontingent abgegebenen Beträge hinzugezogen und die dem Kontingent zugeführten Beträge abgezogen. ³ Das Volumen des Leistungskontingents wird vorab dem hausärztlichen Vergütungsvolumen entnommen.

(3) ¹ Die Arztgruppenkontingente werden errechnet als relativer Anteile am versorgungsbereichsspezifischen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Abzug des Volumens für das Leistungskontingent. ² Den Arztgruppenkontingenten mit geförderten Weiterbildungsassistenten werden vor Durchführung der weiteren Honorarverteilung Vorwegabzüge zur Finanzierung der Vergütungsanpassungen nach § 7 entnommen.

(4) ¹ Maßgeblich für die Berechnungen sind die mit den Honorarbescheiden des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Bestimmungen des EBM festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche einschließlich der bis zum Quartalsende des Abrechnungsquartals erfolgten Änderungen. ² Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der Arztgruppenkontingente unberücksichtigt. ³ Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent zu vergütenden Leistungen. ⁴ MGV-Leistungen, die im Vorjahresquartal gem. § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet wurden, werden in die Berechnungen nicht einbezogen.

(5) ¹ Würde bei Durchführung der Honorarabrechnung die Vergütung von Leistungen im Arztgruppen- oder Leistungskontingent insgesamt den Wert von 100% nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung übersteigen, werden die überschließenden Kontingentanteile im Abrechnungsquartal auf die übrigen Arztgruppen- und Leistungskontingente unter Berücksichtigung der kontingentspezifischen Differenzvolumina zu einer 100%-igen Vergütung übertragen.

§ 2

Vergütung nach Auszahlungsquoten

¹ Die Vergütung der in den Arztgruppen- und dem Leistungskontingent des hausärztlichen Grundbetragsvolumens abgerechneten Leistungen erfolgt vorbehaltlich abweichender Bestimmungen in den nachfolgenden Regelungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem jeweiligen Kontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind.

² Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert.

§ 3

Kalkulationssicherheit mit Garantiequoten

(1) Zur Ermöglichung einer Kalkulationssicherheit teilt die KVH in ihrem Internetauftritt vor Quartalsbeginn für die in der Anlage Übersicht zur Honorarverteilung gekennzeichneten Arztgruppen- und das Leistungskontingent kontingentspezifische einheitliche Garantiequoten für die Preise der abgerechneten Leistungen mit.

(2) ¹ Die Garantiequoten werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage der kontingentspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals ermittelt.

² Dabei sind erwartete Veränderungen von Leistungsmenge und Vergütungsumfang, auch im Hinblick auf EBM-Änderungen, Ein- und Ausdeckelungen usw. zu berücksichtigen. ³ Zur Berücksichtigung von Schätzungenauigkeiten und kontingentspezifischer Besonderheiten werden von den Berechnungsergebnissen ausreichende Sicherheitsabschläge vorgenommen.

(3) ¹ Im Rahmen der Honorarabrechnung erfolgt die Vergütung der abgerechneten Leistungen mit den Auszahlungsquoten des § 2. ² Ist in einem Kontingent die Garantiequote höher als die Auszahlungsquote, erfolgt die Vergütung mit der Garantiequote. ³ Die hierfür benötigten Mittel werden dem Honorarausgleichsfonds des hausärztlichen Grundbetragsvolumens entnommen. ⁴ Zusätzliche Zahlungen bei Eingreifen von Garantiequoten haben keine weiteren Auswirkungen auf die Honorarverteilung im Abrechnungsquartal und in Folgequartalen.

§ 4

Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

¹ Innerhalb der Arztgruppen- und Leistungskontingente des hausärztlichen Grundbetragsvolumens werden die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM kontingentbezogen vorab zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. ² Die Garantiequoten des § 3 beziehen sich jeweils auf die danach verbleibenden Leistungen.

§ 5

Vergütung der von Hausärzten angeforderten Leistungen der Laborgemeinschaften

¹ Die von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen, die von Hausärzten und Kinderärzten über Muster 10a angefordert wurden, werden aus dem Leistungskontingent Laborgemeinschaft Hausärzte vergütet. ² Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Kontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ³ Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert.

§ 6

Antragsverfahren aus Härtefall- oder Sicherstellungsgründen

(1) ¹ Auf Antrag der Arztpraxis kann eine Vergütungsanpassung aus Härtefall- oder Sicherstellungsgründen erfolgen. ² Vergütungsanpassungen sind auf maximal 100 % der Preise der abgerechneten Leistungen nach der regionalen Euro-Gebührenordnung begrenzt.

(2) ¹ Die Anträge sind bei der KVH schriftlich einzureichen und substantiiert zu begründen. ² Die Prüfung erfolgt für jede Arztpraxis individuell. ³ Eine Antragstellung für bestandskräftig abgeschlossene Abrechnungsquartale ist ausgeschlossen. ⁴ Die Anträge werden nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des betreffenden Quartals abschließend bearbeitet. ⁵ Über die Anträge entscheidet die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen.

(3) ¹ Eine Vergütungsanpassung kann ausschließlich im Rahmen der Antragsverfahren geltend gemacht werden. ² Widersprüche gegen Honorarabrechnungen sind nicht zulässig, so weit sie sich inhaltlich ausschließlich auf eine beantragte Vergütungsanpassung beziehen. ³ Die Anträge werden unabhängig von Widersprüchen gegen Honorarbescheide bearbeitet, die aus anderweitigen Gründen eingelegt wurden. ⁴ Zu den Anträgen ergehen gesonderte rechtsbehelfsfähige Bescheide. ⁵ Eventuelle Nachvergütungen aus Antragsverfahren erfolgen auch bei Bestandskraft der betroffenen Honorarabrechnungsquartale.

§ 7

Vergütungsanpassung bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten bei Kinderärzten

(1) ¹ Für den Zeitraum der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten, der nicht nach § 75a SGB V gefördert wird, kann eine Vergütungsanpassung beantragt werden. ² Die Anpassung erfolgt maximal in Höhe einer vergleichbaren Fördersumme nach der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V“ und höchstens bis zur vollständigen Vergütung des Leistungsbedarfs des weiterbildenden Arztes nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ³ Beginnt oder endet die Beschäftigungszeit im Verlaufe eines Abrechnungsquartals, wird bei der Ermittlung dieser Begrenzung auf das gesamte Quartalshonorar abgestellt. ⁴ Im Übrigen gelten die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V sowie ergänzende Vorschriften der KVH entsprechend.

(2) ¹ Anträge auf Vergütungsanpassung sind bei der KVH zusammen mit den Anträgen auf Genehmigung der Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten nach der Ärzte-ZV schriftlich einzureichen. ² Zu den Anträgen ergehen rechtsbehelfsfähige Bescheide. ³ Die Auszahlung der Vergütungsanpassungen erfolgt an den Praxisinhaber im Rahmen der Honorarabrechnung. ⁴ Bei nachträglichen Korrekturen des Honoraranspruchs der Weiterbildungsstelle wird die Vergütungsanpassung überprüft und richtiggestellt. ⁵ Die Finanzierung der Vergütungsanpassungen erfolgt aus Vorwegabzügen der betroffenen Arztgruppenkontingente.

Abschnitt II - Vergütung aus dem hausärztlichen Grundbetrag - Vorwegabzüge Hausarzt-MGV, Kinderarzt-MGV und Förderung Kinder- und Jugendärzte

§ 8

Vergütung der Leistungen des Vorwegabzugs „Hausarzt-MGV“

(1) Die Leistungen des allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereichs bestehend aus dem Kapitel 3 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix werden aus dem nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vorwegabzugsvolumen „Hausarzt-MGV“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Aus der Vergütung resultierende Unter- oder Überschüsse des Vorwegabzugsvolumens werden entsprechend den Beschlüssen des Bewertungsausschusses ausgeglichen bzw. bei Vorliegen der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen als Zuschläge an die Hausärzte ausgezahlt.

§ 9

Vergütung der Leistungen des Vorwegabzugs „Kinderarzt-MGV“

(1) Die kinder- und jugendmedizinischen Leistungen des Kapitel 4 EBM mit Ausnahme der Versichertenauszahlungen 04004 und 04005 EBM einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix werden aus dem nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vorwegabzugsvolumen „Kinderarzt-MGV“ unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Aus der Vergütung resultierende Unter- und Überschüsse des Vorwegabzugsvolumens werden entsprechend den Beschlüssen des Bewertungsausschusses ausgeglichen bzw. bei Vorliegen der gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen als Zuschläge an die Kinderärzte ausgezahlt.

§ 10

Vergütungen aus dem Vorwegabzug „Förderung Kinder- und Jugendärzte“

Die vorhandenen Finanzmittel im Vergütungsvolumen des Vorwegabzugs für die Zuschläge zur Förderung der kinder- und jugendärztlichen Versorgung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) werden mit der Pseudo-GOP 94900 ausgezahlt.

Anlage Fachärztlicher Grundbetrag

§ 1

Honorarverteilung nach Arztgruppen- und Leistungskontingenten

(1) ¹ Das Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird in Arztgruppenkontingente und Leistungskontingente aufgeteilt (Anlage Übersicht zur Honorarverteilung).

(2) ¹ Die Leistungskontingente (ausgenommen Leistungskontingent Histologie/Zytologie) werden errechnet aus der Summe der Honorarauszahlungen der Kontingentleistungen im Vorjahresquartal zuzüglich des Faktors der tatsächlich erfolgten Anpassung des fachärztlichen Vergütungsvolumens gegenüber dem Vorjahresquartal. ² Die Volumina der Leistungskontingente (ausgenommen Leistungskontingent Histologie/Zytologie) werden vorab dem fachärztlichen Vergütungsvolumen entnommen. Zahlungen aus den Honorarausgleichsfonds zur Stützung der Garantiequoten in den Vorjahresquartalen bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Arztgruppenkontingente und das Leistungskontingent Histologie/Zytologie (histologische und zytologische Auftragsleistungen der Frauenärzte, Hautärzte und Pathologen des Abschnitts 19.3 EBM sowie mit diesen im Zusammenhang stehenden Kostenpauschalen nach den GOPen 40089 bis 40095 EBM) werden errechnet als relative Anteile am fachärztlichen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem fachärztlichen Vergütungsvolumen nach Abzug der Volumina für die Leistungskontingente.

(4) ¹ Maßgeblich für die Berechnungen nach Abs. 2 und 3 sind die mit den Honorarbescheiden des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Bestimmungen des EBM festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche einschließlich der bis zum Stichtag des § 9 Abs.3 erfolgten Änderungen. ² Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der Arztgruppenkontingente und Leistungskontingente unberücksichtigt. ³ Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent und Leistungskontingent zu vergütenden Leistungen.

§ 2

Verlustbegrenzungsregelung auf Kontingentebene

¹ Der Honoraranteil eines Arztgruppenkontingents und des Leistungskontingents Histologie/Zytologie am Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs beträgt mindestens 99 % des Volumens aus dem relativen Anteil des Kontingents an der Summe der Honorarauszahlungen im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem fachärztlichen Vergütungsvolumen. ² Die Berechnungen nach Satz 1 finden auf die übrigen Leistungskontingente keine Anwendung. ³ Näheres zur Berechnung ist in der Anlage Verlustbegrenzung geregelt.

§ 3

Vorwegabzüge

¹ Aus den Arztgruppen- und Leistungskontingenten innerhalb derer eine Vergütung nach praxisbezogenen Leistungsbudgets erfolgt, werden die in der Anlage Übersicht zur Honorarverteilung aufgeführten Vorwegabzüge zur Finanzierung folgender Sachverhalte gebildet:

- Finanzierung derjenigen Leistungen, die nach § 6 Abs. 2 nicht zu den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden können,

- (b) Finanzierung der Bereitstellung von kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudgets nach § 8 Abs. 1 bis 3 und der weiteren Maßnahmen nach § 8 Abs. 6,
- (c) Finanzierung der Sicherstellungsanpassungen nach § 10 und der Vergütungsanpassungen nach § 11,
- (d) Ausgleich von Über- oder Unterschreitungen der Volumina für die Leistungen nach §§ 4 und 5,
- (e) Finanzierung von Leistungen nach § 13 Abs. 2 S. 3.

² Nicht ausgezahlte Beträge der praxisbezogenen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal kontingentspezifisch dem jeweiligen Vorwegabzug zugeführt.

§ 4 Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

¹ Innerhalb der Arztgruppen- und Leistungskontingente des fachärztlichen Vergütungsvolumens werden die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM kontingentbezogen vorab zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. ² Der Vorwegabzug des § 3 VM wird von dem danach verbleibenden Volumen der Arztgruppenkontingente und der Leistungskontingente gebildet.

§ 5 Vergütung von anästhesiologischen Leistungen

¹ Innerhalb des Arztgruppenkontingents der Anästhesisten werden die anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind, vorab zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung vergütet. ² Der Vorwegabzug des § 3 wird von dem danach verbleibenden Volumen des Arztgruppenkontingents gebildet.

§ 5 a Vergütung der psychotherapeutischen Grundpauschalen

Innerhalb des Arztgruppenkontingents der Psychotherapeuten werden die Grundpauschalen nach 22210, 22211, 22212, 23210, 23211, 23212 sowie 23214 EBM vorab zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung vergütet. Der Vorwegabzug des § 3 wird von dem danach verbleibenden Volumen des Arztgruppenkontingents gebildet.

§ 6 Vergütung nach praxisbezogenen Leistungsbudgets (PLB)

(1) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird zunächst je Quartal, Arzt je Praxis und Kontingent ein individuelles Leistungsbudget in Euro als Obergrenze der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen errechnet. Die individuellen Leistungsbudgets von fachgleichen Ärzten einer Arztpraxis werden je Kontingent addiert und ergeben das praxisbezogene Leistungsbudget. Im Rahmen der Honorarabrechnung sind praxisbezogene Leistungsbudgets in der Arztpraxis nicht gegenseitig verrechenbar.

(2) Die innerhalb der praxisbezogenen Leistungsbudgets abgerechneten Leistungen werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die darüber hinaus gehenden Leistungen werden zu quotierten Preisen vergütet.

§ 7

Berechnung des individuellen Leistungsbudgets (ILB)

(1) Für zugelassene und ermächtigte Ärzte wird ein arztbezogenes individuelles Leistungsbudget; für angestellte Ärzte ein sitzbezogenes individuelles Leistungsbudget berechnet.

(2) Die individuellen Leistungsbudgets werden errechnet als relativer Anteil des Arztes bzw. Sitzes am Leistungsbedarf des Kontingents in Euro des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent bzw. Leistungskontingent.

(3) ¹ Es gilt folgende Verlustbegrenzungsregelung: Das individuelle Leistungsbudget hat mindestens den Umfang eines kontingentspezifisch festgelegten prozentualen Anteils des Volumens aus dem relativen Anteil des Arztes bzw. Sitzes an der Honorarauszahlung des Kontingentes im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent bzw. Leistungskontingent des § 1 unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 2 und § 3. ² Die kontingentspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte Verlustbegrenzung der Anlage Übersicht zur Honorarverteilung. ³ Im Rahmen der Berechnungen der individuellen Leistungsbudgets werden vorläufige individuelle Leistungsbudgets berechnet, die sich aus dem Anteil des Arztes bzw. Sitzes an der Honoraranforderung des Kontingents im Vorjahresquartal multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent bzw. Leistungskontingent ergeben. ⁴ Durch einen iterativen Prozess wird das jeweilige vorläufig ermittelte individuelle Leistungsbudget solange aufgestockt oder abgesenkt bis der jeweilige Mindestumfang gem. Satz 1 erreicht wird. ⁵ Die Finanzierung erfolgt ausschließlich durch Umverteilung in dem jeweiligen Kontingent. ⁶ Die Modalitäten der Berechnung werden in der Anlage Verlustbegrenzung näher ausgeführt.

(4) ¹ Maßgeblich für die Berechnungen nach Abs. 2 sind die mit den Honorarbescheiden des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Bestimmungen des EBM festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche einschließlich der bis zum Stichtag des § 9 Abs. 3 erfolgten Änderungen. ² Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der praxisbezogenen Leistungsbudgets unberücksichtigt. ³ Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent bzw. Leistungskontingent zu vergütenden Leistungen. ⁴ Bei einer Verringerung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors gegenüber dem Vorjahresquartal wird das Leistungsbudget entsprechend dem Versorgungsumfang oder Anrechnungsfaktor im Abrechnungsquartal festgesetzt.

§ 8

Besonderheiten bei Neuzulassungen und Praxisveränderungen

(1) ¹ Für neu zugelassene Ärzte, die in Einzelpraxis tätig sind, gilt innerhalb einer Anfangsphase von 12 Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme ein Leistungsbudget in Höhe des kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudgets unter Berücksichtigung ihres Versorgungsumfanges im Abrechnungsquartal. ² Liegt in den ersten vier Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme der relative Anteil des Vorgängers über dem Durchschnitt der Arztgruppe, wird stattdessen zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets der Anteil des Vorgängers herangezogen. ³ Ist im Zeitraum vom 5. bis zum 12. Quartal nach erstmaliger Praxisaufnahme das nach § 7 ermittelte individuelle Leistungsbudget höher als das kontingentdurchschnittliche Leistungsbudget, gilt das individuelle Leistungsbudget.

(2) Für Gründungsmitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ, die mit der Gründung erstmalig ihre Praxis aufnehmen oder die bislang gem. Absatz 1 in Einzelpraxis tätig waren und sich noch in der Anfangsphase von 12 Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme befinden, gilt ein individuelles Leistungsbudget bzw. ein kontingentdurchschnittliches Leistungsbudget entsprechend der Regelung des Abs. 1.

(3)¹ Für Ärzte, die in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ einen Arztsitz übernehmen, gilt zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets der relative Anteil ihres Vorgängers unter Berücksichtigung ihres Versorgungsumfangs im Abrechnungsquartal.² War der Arztsitz im Vorjahresquartal nicht besetzt oder ist durch Sonderbedarf Ende der Beschränkung der Zulassung nach § 103 Abs. 3 S. 2 SGB V oder Öffnung des Bedarfsplanungsgebiets neu hinzugekommen, wird das kontingentdurchschnittliche Leistungsbudget unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs im Abrechnungsquartal zur Berechnung herangezogen.

(4) Für Jobsharing-Juniorpartner und Angestellte mit Leistungsmengenbeschränkung finden die Absätze 1 bis 3 keine Anwendung.

(5)¹ Das kontingentdurchschnittliche Leistungsbudget ergibt sich aus der Division des Arztgruppenkontingents bzw. Leistungskontingents und der Summe der Versorgungsumfänge und Anrechnungsfaktoren der dem Arztgruppenkontingent bzw. Leistungskontingent zugeordneten Ärzte.² Bei dem Arztgruppenkontingent der Fachinternisten (fachärztlich tätig) erfolgt die Ermittlung des kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudgets abweichend von Satz 1 wie folgt: Die Zuordnung eines Vertragsarztes in eine der Untergruppen Gastroenterologie, Kardiologie und Pneumologie sowie verbleibende Fachinternisten (fachärztlich tätig) richtet sich nach der Schwerpunktbezeichnung.³ Vertragsärzte mit mehreren Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Schwerpunkt berücksichtigt.⁴ Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen.⁵ Die jeweiligen fachinternistischen Durchschnitte ergeben sich aus der Division der Summe der errechneten individuellen Leistungsbudgets der Ärzte in den jeweiligen Untergruppen und der Summe der Versorgungsumfänge und Anrechnungsfaktoren der den Untergruppen zugeordneten Ärzten.

(6) Zur Berücksichtigung von Praxisveränderungen gelten folgende Regeln:

- (a) Praxisbezogene Leistungsbudgets werden aus der Addition vorher individuell ermittelter Leistungsbudgets unter Berücksichtigung von ggf. nicht besetzten Arztsitzen ermittelt.
- (b) Bei dem Ausscheiden eines für das praxisbezogene Leistungsbudget berücksichtigten Arztsitzes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ wird das praxisbezogene Leistungsbudget um das individuelle Leistungsbudget des ausscheidenden Arztsitzes reduziert.
- (c) Bei der Aufnahme eines Arztsitzes in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ wird das praxisbezogene Leistungsbudget auf der Grundlage des anteiligen individuellen Leistungsbudgets im Vorjahresquartal erhöht. Abs. 3 S.2 gilt entsprechend.
- (d) Bei dem Ausscheiden eines Jobsharing-Juniorpartners bzw. Angestellten mit Leistungsmengenbeschränkung geht das errechnete Budget automatisch an den Seniorpartner bzw. Anstellenden über. Dies gilt für den Fall der Übernahme der Zulassung des Seniorpartners durch den Juniorpartner entsprechend.

§ 9

Informationen zur Kalkulationssicherheit

(1) Die KVH informiert über die praxisbezogenen Leistungsbudgets, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

(2) ¹ Die Information erfolgt gegenüber der Arztpraxis spätestens fünf Werktagen vor Quartalsbeginn. ² Maßgeblich ist das Postaufgabedatum. Aus einer Überschreitung der Frist können keine Rechte abgeleitet werden.

(3) ¹ Die Informationen ergehen auf der Grundlage der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse zum Zeitpunkt eines Monats vor Quartalsbeginn. ² Nachträgliche Änderungen der Verhältnisse (z. B. Statusänderungen, Änderungen in der Zusammensetzung von Arztpraxen) werden von Amts wegen in der Honorarabrechnung berücksichtigt.

(4) ¹ Die Informationen erfolgen als schriftliche Mitteilung. ² Ein Widerspruchsverfahren findet nicht statt. ³ Einwendungen gegen die Rechtmäßigkeit oder rechnerische Richtigkeit des praxisbezogenen Leistungsbudgets können in einem Widerspruch gegen den Honorarbescheid geltend gemacht werden.

§ 10

Antragsverfahren zur Sicherstellung

(1) ¹ Auf Antrag der Arztpraxis kann eine Anpassung des praxisbezogenen Leistungsbudgets bei Vorliegen eines außergewöhnlichen Grundes im Vorjahresquartal (z. B. Krankheit des Arztes), der zu einem außergewöhnlich niedrigen individuellen Leistungsbudget des Arztes geführt hat, oder aus Gründen der Sicherstellung erfolgen. ² Durch Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit soll der Arztpraxis kein Nachteil entstehen. ³ Besonderheiten im Abrechnungsverhalten (wie z.B. Praxisbesonderheiten aufgrund besonderer Patientenklientel, Versorgungsschwerpunkte etc.) sind durch die individuellen Leistungsbudgets bereits abgebildet und stellen keinen außergewöhnlichen Grund nach Satz 1 dar.

(2) ¹ Die Anträge sind bei der KVH schriftlich einzureichen und substantiiert zu begründen. ² Eine Antragstellung für bestandskräftig abgeschlossene Abrechnungsquartale ist ausgeschlossen. ³ Die Anträge werden nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des betreffenden Quartals abschließend bearbeitet. ⁴ Über die Anträge entscheidet die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen.

(3) ¹ Die Sachverhalte gem. Abs. 1 können ausschließlich im Rahmen der Antragsverfahren geltend gemacht werden. ² Widersprüche gegen Honorarabrechnungen sind nicht zulässig, soweit sie sich inhaltlich ausschließlich auf die antragsgebundenen Sachverhalte gem. Abs. 1 beziehen. ³ Die Anträge werden unabhängig von Widersprüchen gegen Honorarbescheide bearbeitet, die aus anderweitigen Gründen eingelegt wurden. ⁴ Zu den Anträgen ergehen gesonderte rechtsbehelfsfähige Bescheide. ⁵ Eventuelle Nachvergütungen aus Antragsverfahren erfolgen auch bei Bestandskraft der betroffenen Honorarabrechnungsquartale.

§ 11

Vergütungsanpassung bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten

(1) ¹ Für den Zeitraum der Beschäftigung eines nach § 75a SGB V geförderten Weiterbildungsassistenten kann für die innerhalb der praxisbezogenen Leistungsbudgets zu vergütenden Leistungen eine Vergütungsanpassung beantragt werden. ² Die Anpassung erfolgt in Höhe des Anhebungsbetrages nach § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V, höchstens bis zur vollständige Vergütung des Leistungsbedarfs des weiterbildenden Arztes nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ³ Beginnt oder endet die Beschäftigungszeit im Verlaufe eines Abrechnungsquartals, wird bei der Ermittlung dieser Begrenzung auf das gesamte Quartalshonorar abgestellt. ⁴ Die Vergütungsanpassung wird bezogen auf den Vergütungsumfang des weiterbildenden Arztes nach einer ggf. erfolgten Verrechnung der individuellen Leistungsbudgets der arztgruppengleichen Ärzte der Arztpraxis nach. § 6 Abs. 1 S.2 ermittelt. ⁵ Im Übrigen gelten die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V sowie ergänzende Vorschriften der KVH.

(2) ¹ Die Vergütungsanpassungen sind nicht basiswirksam für die Berechnung von individuellen Leistungsbudgets gem. § 7 in Folgequartalen. ² Bei nachträglichen Korrekturen des Honoraranspruchs der Weiterbildungsstelle wird die Vergütungsanpassung überprüft und richtiggestellt. ³ Die Finanzierung der Vergütungsanpassungen erfolgt aus den arztgruppenspezifischen Vorwegabzügen nach § 3.

(3) ¹ Anträge auf Vergütungsanpassung sind bei der KVH zusammen mit den Anträgen auf Genehmigung der Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten nach der Ärzte-ZV und den Anträgen zur Förderung gem. § 75a SGB V schriftlich einzureichen. ² Zu den Anträgen ergehen rechtsbehelfsfähige Bescheide. ³ Die Auszahlung der Vergütungsanpassungen erfolgt an den Praxisinhaber als aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Abschlagszahlung monatlich zusammen mit der Auszahlung der Förderbeträge. ⁴ Die abschließende Feststellung der Höhe des quartalsbezogenen Anspruchs auf Honoraranpassung erfolgt zusammen mit dem Honorarbescheid.

§ 12

Bereinigung

(1) ¹ Bereinigungen der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. § 140a SGB V und Bereinigungen aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen werden im Rahmen der Honorarverteilung nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V umgesetzt. ² Sie werden dergestalt durchgeführt, dass aus ihnen weder Begünstigungen noch Benachteiligungen der am Vertrag teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Ärzte resultieren. ³ Hierzu finden arztbezogene Bereinigungen für die innerhalb der individuellen Leistungsbudgets zu vergütenden Leistungen bezogen auf die aus den unbereinigten Grundbetragsvolumina ermittelten individuellen Leistungsbudgets statt. ⁴ Zur Ermittlung der arztbezogenen Bereinigungssummen werden aus den Anteilen der MGV-Bereinigungen, die auf die innerhalb der individuellen Leistungsbudgets zu vergütenden Leistungen entfallen, patientendurchschnittliche Bereinigungsbeträge, ggf. kassenindividuell und vertragsspezifisch, errechnet. ⁵ Diese werden um die Prozentfaktoren der Vorwegabzüge nach § 3 i.V.m. der Anlage Übersicht zur Honorarverteilung verringert. ⁶ Die Bereinigungsbeträge werden in den ersten vier Quartalen der Vertragsteilnahme eines Arztes mit der Zahl der bei dem Arzt eingeschriebenen Patienten multipliziert. ⁷ Die sich daraus ergebenden Bereinigungssummen werden von dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. ⁸ In den Folgequartalen wird zur Ermittlung der Bereinigungssummen auf die gegenüber dem Vorjahresquartal geänderte Zahl der beim Arzt eingeschriebenen Patienten abgestellt. ⁹ Bei einer Erhöhung der Zahl der eingeschriebenen Patienten wird das bei der

Honorarabrechnung zu Grunde gelegte individuelle Leistungsbudget des Arztes entsprechend der geänderten Anzahl vermindert, bei einer Verringerung der Zahl der eingeschriebenen Patienten entsprechend erhöht.¹⁰ Bereinigungen nach den vorstehenden Regelungen finden nur für diejenigen Patienten statt, die im Vorjahresquartal und im Abrechnungsquartal vom selben Arzt behandelt wurden.¹¹ Sofern von Krankenkassen bei der Lieferung der Bereinigungsdaten keine „Arzt-Versichertenpaare“ geliefert werden, finden die Berechnungen auf der Grundlage der Versichertenzahlen statt.

(2) ¹ Die Bereinigung der MGV aufgrund von Leistungserbringungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V wird entsprechend der KBV Vorgaben zur Honorarverteilung Teil F Nr. 9 umgesetzt. ² Eine Bereinigung auf Arztebene findet insoweit sach- und fachgerecht statt, wenn entsprechende Leistungen und Patientenzahlen zuzuordnen sind und hierfür notwendige Daten zur Verfügung stehen. ³ In diesen Fällen finden arztbezogene Bereinigungen oder kontingentbezogene Bereinigungen bei den zur Teilnahme an der ASV berechtigten Arztgruppen bezogen auf die aus den unbereinigten Grundbetragsvolumina ermittelten Arztgruppenkontingenten statt.

(3) ¹ Für Bereinigungen der MGV aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V (hier: offene Sprechstunde) wird zunächst ein arztgruppenbezogener Bereinigungsbetrag im Rahmen der Honorarabrechnung vorläufig geschätzt. ² Die Schätzung erfolgt durch die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen und bezieht sich auf die Leistungen, die voraussichtlich außerhalb der MGV vergütet werden. ³ Auf Arztebene ist die Bereinigung so umzusetzen, dass ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen in entsprechender Anwendung der Beschlüsse des BA (640. und 651. Sitzung). ⁴ Der arztbezogene Bereinigungsanteil entspricht dem relativen Anteil des Arztes an der Steigerung der Leistungen der offenen Sprechstunde - im Sinne dieses Absatzes - des Abrechnungsquartals seiner Arztgruppe zum Vorjahresquartal. ⁵ Die KVH berücksichtigt die Auswirkungen stattgehabter Bereinigungen auf individueller Ebene nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁶ Der arztbezogene Bereinigungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation des arztbezogenen Bereinigungsanteils nach Satz 4 mit dem nach Satz 1 ermittelten arztgruppenbezogenen Bereinigungsbetrags und wird von dem im Rahmen der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen bzw. kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. ⁷ Schätzfehlbeträge werden über den Honorarausgleichsfonds abgewickelt.

§ 13

Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

(1) ¹ Die KVH errechnet ein individuelles Leistungsbudget lediglich für diejenigen Ärzte einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (im Folgenden: KV-ÜBAG), die im Bereich der KVH zugelassen oder ermächtigt sind. ² Die Information über praxisbezogenen Leistungsbudgets nach § 9 erfolgt für die Ärzte sämtlicher Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH. ³ Sie ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz.

(2) ¹ Nicht im Bereich der KVH zugelassene oder ermächtigte Ärzte, die durch die Bildung der KV-ÜBAG das Recht haben, an Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH tätig zu werden, erhalten kein individuelles Leistungsbudget. ² Die von ihnen abgerechneten Leistungen werden im Rahmen der Honorarabrechnung auf die praxisbezogenen Leistungsbudgets arztgruppengleicher Ärzte der Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH angerechnet. ³ Im Übrigen werden sie aus den arztgruppenspezifischen Vorwegabzügen nach § 3 entsprechend § 6 Abs. 2 Satz 2 quotiert vergütet.

§ 14

Vergütung in den Leistungskontingenten Radiologen CT, Radiologen MRT und Nuklearmediziner MRT

Vergütung nach Auszahlungsquoten mit Garantiequoten

(1) ¹ Die Vergütung der in den Leistungskontingenten Radiologen CT, Radiologen MRT und Nuklearmediziner MRT abgerechneten Leistungen erfolgt abweichend von §§ 6 ff. und vorbehaltlich abweichender Bestimmungen in den nachfolgenden Regelungen zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem jeweiligen Kontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ² Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert.

(2) ¹ Im Leistungskontingent der MRT-Leistungen von Radiologen erfolgt eine Abstaffelung der vergüteten MGV-Leistungsmenge. ² Berücksichtigt werden je Arzt die angeforderten Leistungen bis zu 150% der durchschnittlichen MRT-Leistungsanforderungen der Radiologen (MGV und EGV). ³ Die darüber hinaus gehende MGV-Leistungsanforderung wird mit 10% berücksichtigt. ⁴ Die Durchschnittsberechnung erfolgt für die Ärzte des Leistungskontingents, die im jeweiligen Quartal mindestens eine MRT-Leistung in der MGV abgerechnet haben, und unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors dieser Ärzte. ⁵ Die Auszahlungsquote ergibt sich unter Zugrundelegung der vergüteten Gesamtleistungsmenge des Kontingents nach Abstaffelung. ⁶ Überschießende Kontingentanteile werden im Leistungskontingent jeweils zur Erhöhung des 10%-Grenzwerts verwendet.

(3) ¹ Im Leistungskontingent der MRT Leistungen der Nuklearmediziner erfolgt eine Abstaffelung der vergüteten MGV-Leistungsmenge. ² Berücksichtigt werden je Arzt die angeforderten Leistungen bis zu 150% der durchschnittlichen MRT-Leistungsanforderung der Nuklearmediziner (MGV und EGV). ³ Die darüber hinaus gehende MGV-Leistungsanforderung wird mit 10% berücksichtigt. ⁴ Die Durchschnittsberechnung erfolgt für die Ärzte des Leistungskontingents, die im jeweiligen Quartal mindestens eine MRT-Leistung in der MGV abgerechnet haben, und unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors dieser Ärzte. ⁵ Die Auszahlungsquote ergibt sich unter Zugrundelegung der vergüteten Gesamtleistungsmenge des Kontingents nach Abstaffelung. ⁶ Überschießende Kontingentanteile werden im Leistungskontingent jeweils zur Erhöhung des 10%-Grenzwerts nach verwendet.

(4) Zur Ermöglichung einer Kalkulationssicherheit teilt die KVH in ihrem Internetauftritt vor Quartalsbeginn für die Leistungskontingente kontingentspezifische einheitliche Garantiequoten für die Preise der abgerechneten Leistungen mit.

(5) ¹ Die Garantiequoten werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen auf der Grundlage der kontingentspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals ermittelt. ² Dabei sind erwartete Veränderungen von Leistungsmenge und Vergütungsumfang, auch im Hinblick auf EBM-Änderungen, Ein- und Ausdeckelungen usw. zu berücksichtigen. ³ Bei der Ermittlung der Garantiequoten wird zusätzlich die erwartete Veränderung der durchschnittlichen Leistungsanforderung bei den Leistungskontingenten Radiologen MRT und Nuklearmediziner MRT gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt. Zur Berücksichtigung von Schätzgenauigkeiten und kontingentspezifischer Besonderheiten werden von den Berechnungsergebnissen ausreichende Sicherheitsabschläge vorgenommen.

(6) ¹ Im Rahmen der Honorarabrechnung erfolgt die Vergütung der abgerechneten Leistungen mit den Auszahlungsquoten der jeweils einschlägigen Kontingentregelungen ² Ist in einem Kontingent die Garantiequote höher als die Auszahlungsquote, erfolgt die Vergütung mit der Garantiequote. ³ Die hierfür benötigten Mittel werden dem Honorarausgleichsfonds des fachärztlichen Grundbetragsvolumens entnommen. ⁴ Zusätzliche Zahlungen bei Eingreifen

von Garantiequoten haben keine weiteren Auswirkungen auf die Honorarverteilung im Abrechnungsquartal und in Folgequartalen.

§ 15

Vergütung im Leistungskontingent Laborgemeinschaften Fachärzte

¹ Die von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen, die von Fachärzten über Muster 10a angefordert wurden, werden aus dem Leistungskontingent Laborgemeinschaften Fachärzte vergütet. ² Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Kontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ³ Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert.

§ 16

Vergütung von Leistungen der Psychotherapeuten

(1) ¹ Abweichend von § 6 wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Arztgruppenkontingent der Psychotherapeuten je Quartal und Psychotherapeut je Praxis ein durchschnittliches Leistungsbudget in Euro als Obergrenze der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben. ² Die durchschnittlichen Leistungsbudgets einer Praxis werden addiert und ergeben das praxisbezogene Leistungsbudget.

(2) ¹ Überschreitungen der praxisbezogenen Leistungsbudgets werden aus dem arztgruppenkontingentspezifischen Vorwegabzug bis zum 1,5-fachen des Durchschnitts mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, soweit hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ² Andernfalls wird die in Satz 1 genannte Grenze so weit abgesenkt, dass mit den vorhandenen Mitteln eine vollständige Auszahlung zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung möglich ist. ³ Die darüberhinausgehenden Leistungen werden zu quotierten Preisen vergütet.

(3) Nicht ausgezahlte Beträge der praxisbezogenen Leistungsbudgets werden dem arztgruppenkontingentspezifischen Vorwegabzug im Abrechnungsquartal zugeführt.

(4) §§ 9,10,12 und 13 gelten für die Vergütung nach praxisbezogenen Leistungsbudgets sinngemäß entsprechend.

§ 17

Vergütung in besonderen Arztgruppen

¹ In den Arztgruppenkontingenten der Humangenetiker, MKG-Chirurgen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner und Übrigen ermächtigten Einrichtungen werden keine Vorwegabzüge gebildet. ² Die Vergütung der Leistungen innerhalb der Arztgruppenkontingente erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem jeweiligen Arztgruppenkontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ³ Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert.

Anlage Verlustbegrenzung

Erläuterung Berechnung der Verlustbegrenzung auf Arztgruppenebene nach § 2 Anlage Verteilungsmaßstab Fachärzte

Schritt	Beschreibung
Die Verlustbegrenzung wird auf Ebene der Kontingente berechnet.	
1.	Vorläufiges Kontingent ohne Berücksichtigung der Verlustbegrenzung = Berechnungsrelevante Anforderung des Kontingents Vorjahresquartal / berechnungsrelevante versorgungsbereichsspezifische Anforderung Vorjahresquartal * versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen aktuelles Quartal
2.	Mindest-Kontingent unter Berücksichtigung der Verlustbegrenzung = Berechnungsrelevante Auszahlung des Kontingents Vorjahresquartal / berechnungsrelevante versorgungsbereichsspezifische Auszahlung Vorjahresquartal * versorgungsbereichsspezifisches Vergütungsvolumen aktuelles Quartal * Verlustbegrenzung
Kontingente deren vorläufiges Kontingent das Mindest-Kontingent unterschreiten erhalten zu Lasten von Kontingenzen, deren vorläufiges Kontingent das Mindest-Kontingent überschreiten , einen Stützungsbetrag. Die Berechnung der Stützungsbeträge erfolgt so lange, bis bei jedem Kontingent pro Versorgungsbereich die Verlustbegrenzung eingehalten wird (iterativ).	
Beschreibung der iterativen Berechnung:	
3.	Stützungsbetrag pro Kontingent, deren vorläufiges Kontingent das Mindest-Kontingent unterschreitet = Schritt 2. (Mindest-Kontingent) - Schritt 1. (vorläufiges Kontingent)
4.	Summe der vorläufigen Kontingente pro Versorgungsbereich, die keinen Stützungsbetrag erhalten
5.	Summe der Stützungsbeträge zu den Kontingenzen pro Versorgungsbereich
6.	Relativer Anteil Summe Stützungsbeträge an Summe vorläufigen Kontingenzen = $1 - (\text{Schritt 5.} / \text{Schritt 4})$
7.a	Neues Kontingent mit Stützungsbetrag (in Höhe Schritt 2.) = Schritt 1. (vorläufiges Kontingent) + Schritt 3. (Stützungsbetrag)
7.b	Neues vorläufiges Kontingent ohne Stützungsbetrag (Minderung vorläufiges Kontingent) = Schritt 1. (vorläufiges Kontingent) * Schritt 6. (relativer Anteil)
8.	Die Schritte 3. bis 7.b werden iterativ unter Berücksichtigung der sich durch die Iteration ergebenden neuen Werte so lange durchgeführt, bis bei jedem Kontingent pro Versorgungsbereich das Mindest-Kontingent bzw. die Verlustbegrenzung eingehalten wird.

Erläuterung Berechnung der Verlustbegrenzung des individuellen Leistungsbudgets (ILB)
Arzt je Praxis und Kontingent nach § 7 Abs. 3 Anlage Verteilungsmaßstab Fachärzte

Schritt	Beschreibung
Die Verlustbegrenzung wird auf der Ebene Arzt je Praxis und Kontingent (nachfolgend mit Arzt abgekürzt) berechnet.	
1.	Vorläufiges ILB ohne Berücksichtigung der Verlustbegrenzung = Berechnungsrelevante Anforderung je Arzt Vorjahresquartal / berechnungsrelevante Anforderung des Kontingents Vorjahresquartal * Kontingent aktuelles Quartal
2.	Mindest-ILB unter Berücksichtigung der Verlustbegrenzung = Berechnungsrelevante Auszahlung je Arzt Vorjahresquartal / berechnungsrelevante Auszahlung des Kontingents Vorjahresquartal * Kontingent aktuelles Quartal * Verlustbegrenzung
<p>Ärzte deren vorläufiges ILB das Mindest-ILB unterschreiten erhalten zu Lasten von Ärzten, deren vorläufiges ILB das Mindest-ILB überschreiten, einen Stützungsbetrag. Die Berechnung der Stützungsbeträge erfolgt so lange, bis bei jedem ILB die Verlustbegrenzung eingehalten wird (iterativ).</p> <p>Beschreibung der iterativen Berechnung:</p>	
3.	Stützungsbetrag pro ILB, wenn das vorläufige ILB das Mindest-ILB unterschreitet = Schritt 2. (Mindest-ILB) - Schritt 1. (vorläufiges ILB)
4.	Summe der vorläufigen ILBs, die keinen Stützungsbetrag erhalten
5.	Summe der Stützungsbeträge auf die ILBs
6.	Relativer Anteil Summe Stützungsbeträge an Summe vorläufigen ILBs = 1 - (Schritt 5. / Schritt 4)
7.a	Neues ILB mit Stützungsbetrag (in Höhe Schritt 2.) = Schritt 1. (vorläufiges ILB) + Schritt 3. (Zuschlag)
7.b	Neues vorläufiges ILB ohne Stützungsbetrag (Minderung vorläufiges ILB) = Schritt 1. (vorläufiges ILB) * Schritt 6. (relativer Anteil)
8.	Die Schritte 3. bis 7.b werden iterativ unter Berücksichtigung der sich durch die Iteration ergebenden neuen Werte so lange durchgeführt, bis bei jedem ILB das Mindest-ILB bzw. die Verlustbegrenzung eingehalten wird.