Verteilungsmaßstab (VM)
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

ab dem 1. Januar 2021

in der Fassung des 1. Nachtrags vom 17.12.2020 mit Wirkung zum 01.01.2020

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 Antragsverfahren aus Härtefall- oder Sicherstellungsgründen. ... 3
§ 7 Bereinigungen und MGV-Anpassungen ... 3
§ 8 Vergütungsanpassung bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten ... 4
§ 9 Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften ... 4

Abschnitt 2 Aufteilung der Gesamtvergütung
§ 10 Gesamtvergütung ... 5
§ 11 Aufteilung der MGV ... 5
§ 12 Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumina ... 5
§ 13 Honorarverteilung nach Arztgruppen- und Leistungskontingenten ... 6
§ 14 Honorarausgleichsfonds und Rückstellungen ... 7

Abschnitt 3 Vergütung von Leistungen in den besonderen Grundbetragsvolumina
§ 15 Vergütung der „Laborleistungen Muster 10“ und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus ... 9
§ 16 Vergütung der Notfallleistungen ... 9
§ 17 Vergütung der Leistungen der Humangenetik ... 9
§ 18 Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung ... 10

Abschnitt 4 Vergütung von Leistungen in den Arztgruppen- und Leistungskontingenten
§ 19 Vergütung nach Auszahlungsquoten ... 11
§ 20 Kalkulationssicherheit mit Garantiequoten… ... 11
§ 21 Vergütung von anästhesiologischen Leistungen… ... 11
§ 22 Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen ... 11
§ 23 Vergütung der MRT-Leistungen von Nuklearmedizinern… ... 12
§ 24 Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM… ... 12

Abschnitt 5 Schlussbestimmungen
§ 25 Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben, Übergangsregelungen ... 13

Anlage Übersicht zur Honorarverteilung ... 15

Lesefassung des VM
in der Fassung des 1. Nachtrages vom 17.12.2020 mit Wirkung zum 01.01.2021

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 4. November 2020 gem. § 87b SGB V folgenden

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 1. Januar 2021

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 Hö-

he 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
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] 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] Eine Vergütungsanpassung kann ausschließlich im Rahmen der Antragsverfahren geltend gemacht werden. [2] Widersprüche gegen Honorarabrechnungen sind nicht zulässig, soweit 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
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.

§ 8
Vergütungsanpassung bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten

(1) [1] Für den Zeitraum der Beschäftigung eines nach § 75a SGB V geförderten Weiterbildungsassistenten kann eine Vergütungsanpassung beantragt werden. [2] Die Anpassung erfolgt in Höhe der Differenz zwischen den Fördersummen nach der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V“ und dem Arbeitgeberbruttogehalt zu der in der „Richtlinie des Vorstands der KVH zur Förderung der Weiterbildung“ festgelegten im Krankenhaus üblichen Vergütung, 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.

(2) [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. [5] Bei nachträglichen Korrekturen des Honoraranspruchs der Weiterbildungsstelle wird die Vergütungsanpassung überprüft und richtiggestellt. [6] Die Finanzierung der Vergütungsanpassungen erfolgt aus Vorwegabzügen der betroffenen Arztgruppenkontingente.

§ 9
Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

(1) [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.

(2) [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.

(3) [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.

Abschnitt 2
Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 10
Gesamtvergütung

[1] Die von den Krankenkassen für das Abrechnungsquartal mit befreiender Wirkung zu entrichtende Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB 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.

§ 11
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“ gebildet:

(a) hausärztlicher Grundbetrag
(b) fachärztlicher Grundbetrag
- allgemeine Grundbeträge –
(c) Grundbetrag „Labor“
(d) Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“
(e) Grundbetrag „genetisches Labor“
(f) Grundbetrag „PFG“
- besondere Grundbeträge -

(2) Aus der Multiplikation der Grundbeträge mit der Versichertenzahl des Abrechnungsquartals ergeben sich die Volumina für die Vergütung der in den besonderen Grundbeträgen (Abschnitt 3 des VM) und in den allgemeinen Grundbeträgen (Abschnitt 4 des VM) abgerechneten Leistungen.

(3) Zur Bildung der Mittel des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V werden von den Grundbetragsvolumina jeweils Anteile in dem durch Beschluss der Vertreterversammlung festgesetzten prozentualen Umfang abgezogen.

§ 12
Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumina

(1) Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen des hausärztlichen Grundbetrags gem. § 11 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.

(2) Für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen des fachärztlichen Grundbetrags gem. § 11 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.

(c) unter Abzug des Anteils der KVH an der Vergütungspauschale gem. § 5 Abs. 1 Satz 2 der „Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ mit dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf GmbH (MZEB) ab dem 5. Februar 2015.“

§ 13
Honorarverteilung nach Arztgruppen- und Leistungskontingenten

(1) [1] Die sich nach Durchführung der §§ 11 und 12 VM ergebenden hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumina der allgemeinen Grundbeträge werden versorgungsbereichsspezifisch in Arztgruppen- und Leistungskontingente aufgeteilt (**Anlage: Arztgruppen- und Leistungskontingente)**.

(2) [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] Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen oder Institutionen werden den Kontingenten entsprechend dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag zugeordnet. [4] Können ermächtigte Einrichtungen keiner Arztgruppe zugeordnet werden, erfolgt die Vergütung ihrer Leistungen aus dem Kontingent „Übrige ermächtigte Einrichtungen“.

(3) Neben den Arztgruppenkontingenten werden folgende Leistungskontingente gebildet:

(a) im hausärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent „Laborgemeinschaft Hausärzte“ für die von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung der Hausärzte über Muster 10a),

(b) im fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent „Laborgemeinschaft Fachärzte“ für die von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung der Fachärzte über Muster 10a),

(c) im fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent CT für die Leistungen der Radiologen des Abschnitts 34.3 EBM,

(d) im fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent MRT für die Leistungen der Radiologen des Abschnitts 34.4 EBM,

(e) im fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent MRT für die Leistungen der Nuklearmediziner des Abschnitts 34.4 EBM,

(f) im fachärztlichen Vergütungsvolumen ein Leistungskontingent Histologie/Zytologie für die histologischen und zytologischen Auftragsleistungen der Hautärzte, Frauenärzte und Pathologen des Abschnitts 19.3 EBM einschließlich der Kostenpauschalen nach GOP 40100.

(4) [1] Die Leistungskontingente des Abs. 3 (a) bis (e) werden errechnet aus der Summe der Honorarauszahlungen der Kontingentleistungen im Vorjahresquartal, zuzüglich des Faktors der tatsächlich erfolgten Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumens gegenüber dem Vorjahresquartal. [2] Die Volumina der Leistungskontingente werden vorab dem hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen entnommen.

(5) [1] Die Arztgruppenkontingente und das Leistungskontingent des Abs. 3 (f) werden errechnet als relative Anteile am versorgungsbereichsspezifischen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen des Abs. 1 nach Abzug der Volumina für die Leistungskontingente des Absatz 4. [2] Den Arztgruppenkontingenten der Arztgruppen mit geförderten Weiterbildungsassistenten werden vor Durchführung der weiteren Honorarverteilung Vorwegabzüge zur Finanzierung der Vergütungsanpassungen nach § 8 VM entnommen.

(6) [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 bis 6 SGB V mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet wurden, werden in die Berechnungen nicht einbezogen.

(7) [1] Würde bei Durchführung der Honorarabrechnung die Vergütung von Leistungen in einzelnen Arztgruppen- oder Leistungskontingenten mit Ausnahme der Leistungskontingente des Abs. 3 (c) bis (e) insgesamt den Wert von 100% nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung übersteigen, werden die überschießenden Kontingentanteile im Abrechnungsquartal versorgungsbereichsbezogen auf die übrigen Arztgruppen- und Leistungskontingente einschließlich der Leistungskontingente des Abs. 3 (c) bis (e) unter Berücksichtigung der kontingentspezifischen Differenzvolumina zu einer 100%-igen Vergütung übertragen. [2] Dabei wird in den Leistungskontingenten des Abs. 3 (d) und (e) bezüglich der Berechnung des Differenzvolumens auf die abgestaffelte Leistungsmenge und die Auszahlungsquote der §§ 22 Abs. 1 und 23 Abs. 1 VM abgestellt. [3] Überschießende Kontingentanteile werden im Leistungskontingent des Abs. 3 (c) für die Vergütung von Leistungen in Folgequartalen und in den Leistungskontingenten des Abs. 3 (d) und (e) jeweils zur Erhöhung des 10%-Grenzwerts nach §§ 22 Abs. 1 und 23 Abs. 1 VM verwendet.

§ 14
Honorarausgleichsfonds und Rückstellungen

(1) [1] Die Schätzung 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 grundbetragsspezifisch in den 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) 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,

(c) Finanzierung der Vergütungsanpassungen aus Härtefall- und Sicherstellungsgründen gem. § 6 VM,
(d) Finanzierung der Finanzmittel für eine Vergütung nach Garantiequoten gem. § 20 VM.

(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 besonderen Grundbetragsvolumina

§ 15
Vergütung der „Laborleistungen Muster 10“ und des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus

(1) [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) - „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 89% 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.

§ 16
Vergütung der Notfallleistungen

(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.

§ 17
Vergütung der Leistungen der Humangenetik

(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) [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. [3] Aus der Vergütung resultierende Über-

schüsse des Grundbetragsvolumens werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.3 ausgeglichen.

§ 18
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 4
Vergütung von Leistungen in den Arztgruppen- und Leistungskontingenten

§ 19
Vergütung nach Auszahlungsquoten

[1] Die Vergütung der in den Arztgruppen- und Leistungskontingenten des hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetragsvolumens **(Anlage)** 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.

§ 20
Kalkulationssicherheit mit Garantiequoten

(1) Zur Ermöglichung einer Kalkulationssicherheit teilt die KVH in ihrem Internetauftritt vor Quartalsbeginn für die in der Anlage gekennzeichneten Arztgruppen- und Leistungskontingente 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 § 19 VM. [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 betroffenen hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetragsvolumens entnommen.

§ 21
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] Die Garantiequote des § 20 VM bezieht sich auf die danach verbleibenden Leistungen.

§ 22
Vergütung der MRT-Leistungen von Radiologen

(1) [1] Im Leistungskontingent der MRT-Leistungen von Radiologen erfolgt eine Abstaffelung der vergüteten Leistungsmenge. [2] Berücksichtigt werden je Arzt die angeforderten Leistungen bis zu 150% der durchschnittlichen Leistungsanforderung. [3] Die darüber hinaus gehende Leistungsanforderung wird mit 10% berücksichtigt. [4] Die Durchschnittsberechnung erfolgt für

die Ärzte des Leistungskontingents, die im jeweiligen Quartal mindestens eine MRT-Leistung 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.

(2) [1] Die Garantiequote des § 20 VM bezieht sich auf die Auszahlungsquote des Abs. 1. [2] Bei der Ermittlung der Garantiequote wird zusätzlich die erwartete Veränderung der durchschnittlichen Leistungsanforderung gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt.

§ 23
Vergütung der MRT-Leistungen von Nuklearmedizinern

(1) [1] Im Leistungskontingent der MRT-Leistungen von Nuklearmedizinern erfolgt eine Abstaffelung der vergüteten Leistungsmenge. [2] Berücksichtigt werden je Arzt die angeforderten Leistungen bis zu 150% der durchschnittlichen Leistungsanforderung. [3] Die darüber hinaus gehende Leistungsanforderung wird mit 10% berücksichtigt. [4] Die Durchschnittsberechnung erfolgt für die Ärzte des Leistungskontingents, die im jeweiligen Quartal mindestens eine MRT-Leistung 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.

(2) [1] Die Garantiequote des § 20 VM bezieht sich auf die Auszahlungsquote des Abs. 1. [2] Bei der Ermittlung der Garantiequote wird zusätzlich die erwartete Veränderung der durchschnittlichen Leistungsanforderung gegenüber dem Vorjahresquartal berücksichtigt.

§ 24
Vergütung der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM

[1] Innerhalb der Arztgruppen- und Leistungskontingente des hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetragsvolumens werden die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM kontingentbezogen vorab zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. [2] Die Garantiequoten des § 20 VM beziehen sich jeweils auf die danach verbleibenden Leistungen.

Abschnitt 5
Schlussbestimmungen

§ 25
Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben, Übergangsregelungen

(1) [1] Dieser VM tritt am Tage der Veröffentlichung mit Wirkung für die Honorarverteilung ab dem 1. Quartal 2021 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) [1] Bei der Ermittlung der Arztgruppenkontingente des § 13 VM und des Leistungskontingents nach § 13 Abs. 3 (f) VM) wird in den Quartalen 1/2021 und 2/2021 entgegen § 13 Abs. 5 VM für die Kontingentberechnungen zur Ermittlung der Auszahlungsquoten des § 19 VM jeweils der Leistungsbedarfsanteil des Quartals 4/2019 herangezogen, unter Berücksichtigung einer Simulationsberechnung mit den ab dem Quartal 2/2020 geltenden Leistungsbewertungen des EBM sowie der regelhaften Abweichungen der Leistungsbedarfsanteile des 4. Quartals eines Jahres gegenüber dem 1. und 2. Quartal eines Jahres. [2] Für die Ermittlung der Garantiequoten wird sinngemäß entsprechend vorgegangen. [3] Bei der Bemessung der Sicherheitsabschläge wird die Unsicherheit in der Datenbasis dieser Quartale gesondert berücksichtigt.

(4) Bei der Ermittlung der Arztgruppenkontingente des § 13 VM und des Leistungskontingents nach § 13 Abs. 3 (f) VM) wird in den Quartalen 3/2021 und 4/2021 für die Kontingentberechnungen zur Ermittlung der Auszahlungsquoten des § 19 VM der Leistungsbedarfsanteil des Vorjahresquartals unter Einbeziehung der von der GOP 88240 erfassten als EGV vergüteten MGV-Leistungsmengen gebildet.

(5) Bei der Ermittlung der Leistungskontingente des § 13 Abs. 3 (a) bis (e) VM wird in 2021 abweichend von § 13 Abs. 4 VM auf die für die Vorjahresquartale errechneten Kontingente abgestellt,

(a) unter Berücksichtigung der diese Kontingente betreffenden Bereinigungen nach dem TSVG,
(b) bezüglich des Quartals 1/2020 unter Berücksichtigung einer Simulationsberechnung entsprechend § 27 Abs. 8 VM a. F. mit den ab dem Quartal 2/2020 geltenden Leistungsbewertungen des EBM auf der Grundlage des Durchschnitts der simulationsbedingten Kontingentveränderungen in den Quartalen 2/2020 bis 4/2020,
(b) bezüglich der Quartale 3/2020 und 4/2020 einschließlich eines Zuflusses von Mitteln aus dem einheitlichen Vorwegabzug des § 8 Abs. 5 Satz 4 VM a. F.,

jeweils zuzüglich des Faktors der tatsächlich erfolgten Anpassung des haus- bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumens gegenüber dem Vorjahresquartal.

(6) [1] Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15.09.2020 werden die im Beschluss benannten Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM in den Jahren 2021 und 2022 innerhalb der MGV vergütet. [2] Hierzu wird nach den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung nach § 87a Abs. 4 SGB V in der Fassung des Änderungsbeschlusses vom 01.12.2020 ein gesondertes Honorarkontingent außerhalb der Systematik dieses VM zur Verfügung gestellt. [3] Die Vergütung der Leistungen erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Honorarkontingent hierfür

ausreichende Mittel vorhanden sind. [4] Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. [5] Aus der Vergütung resultierende Überschüsse des Honorarkontingents werden nach den Bestimmungen der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 SGB V Anlage Teil B (gültig für die Jahre 2021 und 2022) ausgeglichen.

Anlage – Übersicht zur Honorarverteilung

Vergütung von Leistungen in den allgemeinen Grundbetragsvolumina – Abschnitt 4 VM		Quotierte Vergütung
	Arztgruppen- und Leistungskontingente des hausärztlichen Grundbetragsvolumens	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	nein
	Arztgruppen- und Leistungskontingente des fachärztlichen Grundbetragsvolumens	
1	Augenärzte	ja
2	Chirurgen und Orthopäden	ja
3	Frauenärzte	ja
4	Hautärzte	ja
5	HNO-Ärzte	ja
6	Nervenärzte	ja
7	Psychotherapeuten	ja
8	Urologen	ja
9	Anästhesisten	ja
10	Fachinternisten (fachärztlich tätig)	ja
11	Kinder- und Jugendpsychiater	ja
12	Radiologen	ja
13	Humangenetiker	nein
14	Laborärzte	ja
15	Neurochirurgen	ja
16	Nuklearmediziner	ja
17	Pathologen	nein
18	Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	ja
19	Strahlentherapeuten	nein
20	Transfusionsmediziner	nein
21	MKG-Chirurgen	nein
22	Übrige ermächtigte Einrichtungen	nein
23	Leistungskontingent Laborgemeinschaften	nein
24	Leistungskontingent Radiologen CT	Ja
25	Leistungskontingent Radiologen MRT *(Mengenabstaffelung)*	Ja
26	Leistungskontingent Nuklearmediziner MRT *(Mengenabstaffelung)*	Ja
27	Leistungskontingent Histologie/Zytologie	Ja

Vergütung von Leistungen in den besonderen Grundbetragsvolumina – Abschnitt 3 VM	
Laborleistungen Muster 10 und Wirtschaftlichkeitsbonus	mindestens 89%
Notfallleistungen	100%
Humangenetik	Quotierte Vergütung
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	100%