

Verteilungsmaßstab (VM) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

ab dem 1. Oktober 2013

in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.09.2015 mit Wirkung zum 01.10.2015

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1 Allgemeine Bestimmungen

§ 1	Geltungsbereich	2
§ 2	Grundsätze der Vergütung	2
§ 3	Erstattung von Kosten	3
§ 4	Abrechnungsfähige Leistungen	3

Abschnitt 2 Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 5	Gesamtvergütung	4
§ 6	Aufteilung der MGV	4
§ 7	Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen	4
§ 8	Honorarverteilung nach Arztgruppen	5
§ 8a	Honorarverteilung ein einzelnen Arztgruppen	6
§ 9	Schätzungen bei der Aufteilung der Gesamtvergütung	7

Abschnitt 3 Vergütung von Leistungen in den besonderen Leistungsbereichen

§ 10	Vergütung der Laborleistungen	8
§ 11	Vergütung der Leistungen des ärztlichen Notfalldienstes	8
§ 12	Vergütung der Leistungen der Humangenetik	9
§ 13	Vergütung der hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung, der Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte	9
§ 14	Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	9

Abschnitt 4 Vergütung von Leistungen in den Arztgruppenkontingenten

§ 15	Vergütung nach individuellen Leistungsbudgets	10
§ 16	Berechnung des individuellen Leistungsbudgets	10
§ 17	Besonderheiten bei Neuzulassungen und Praxisveränderungen	10
§ 18	Informationen zur Kalkulationssicherheit	11
§ 19	Antragsverfahren zur Sicherstellung	12
§ 20	Bereinigung	12
§ 21	Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften	13
§ 22	Vergütung von Leistungen der Psychotherapeuten	14
§ 23	Vergütung von Leistungen der Radiologen	14
§ 24	Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner	15
§ 25	Vergütung von Leistungen der Fachinternisten	15

Abschnitt 5 Schlussbestimmungen

§ 26	Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben	16
------	---	----

Anlage	Arztgruppenkontingente	17
---------------	-------------------------------------	-----------

**Lesefassung des VM
in der Fassung des 5. Nachtrages vom 24.09.2015 mit Wirkung zum 01.10.2015**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 25. September 2013 gem. § 87b SGB V folgenden

Verteilungsmaßstab (VM)

ab dem 1. Oktober 2013

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. Der Vergütungsanspruch ist vorbehaltlich abweichender gesamtvertraglicher Regelungen auf maximal 100 % der Preise nach der regionalen Euro-Gebührenordnung begrenzt.

(2) Verspätet zur Abrechnung eingereichte Abrechnungsfälle werden der nächst erreichbaren Honorarabrechnung zugeführt und unterliegen der Honorarverteilung gemäß den für dieses Quartal geltenden Regelungen des VM. Sind hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zwischenzeitlich Änderungen des VM, der Honorarvereinbarung oder des EBM erfolgt, gelten die Regelungen des VM, der Honorarvereinbarung oder des EBM im Zeitpunkt der Leistungserbringung. Verspätet zur Abrechnung eingereichte Leistungen unterliegen den Regelungen des VM, der Honorarvereinbarung oder des EBM im Zeitpunkt der Leistungserbringung.

§ 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. 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.

(2) Portokosten im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen werden abweichend von den Bestimmungen des Kapitels 40 EBM nur in Höhe der Porti für die Einsendungen an die Verteilerstelle bei der KVH (abzüglich eventueller Strafporti) erstattet.

§ 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.

Abschnitt 2

Aufteilung der Gesamtvergütung

§ 5

Gesamtvergütung

Die von den Krankenkassen für das Abrechnungsquartal mit befreiender Wirkung zu entrichtende Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB unterteilt sich in die außerhalb der morbiditätsbedingte 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. Die Verteilung der Gesamtvergütung für die innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen erfolgt nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen dieses VM.

§ 6

Aufteilung der MGV

(1) Die Aufteilung der MGV in die Vergütungsvolumina für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie die weitere Verteilung der MGV erfolgt nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V. Hierzu werden „Grundbeträge je Versicherten“ ermittelt, differenziert als „Grundbetrag Labor“, „Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst“, für den hausärztlichen Vergütungsbereich ein „hausärztlicher Grundbetrag“ und für den fachärztlichen Vergütungsbereich ein „fachärztlicher Grundbetrag“. Von dem „fachärztlichen Grundbetrag“ wird gesondert ein „Grundbetrag genetisches Labor“ und ein „Grundbetrag PFG“ (für die Vergütung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung) abgezogen.

(2) Aus der Multiplikation der genannten Grundbeträge mit der geschätzten Versichertenzahl des Abrechnungsquartals ergeben sich die Volumina für die Vergütung der Leistungen in den besonderen Vergütungsbereichen (Abschnitt 3 VM) und für die Vergütung der Leistungen nach Arztgruppen im hausärztlichen- und fachärztlichen Versorgungsbereich (Abschnitt 4 VM).

§ 7

Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen

(1) Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen der hausärztlichen Grundbeträge gem. § 6 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 Abzug des für die Vergütung der hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung, der Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte nach § 13 VM gesondert zur Verfügung gestellten und unter entsprechender Anwendung der Regelungen zur Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrages in den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B angepassten Vergütungsvolumens
- (c) unter Abzug von Rückstellungen für Risiken der hausärztlichen Honorarverteilung mit Auswirkungen auf den hausärztlichen Grundbetrag insgesamt.

- (2) Für den fachärztlichen Versorgungsbereich wird aus dem Volumen der fachärztlichen Grundbeträge gem. § 6 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 Abzug von Rückstellungen für Risiken der fachärztlichen Honorarverteilung mit Auswirkungen auf den fachärztlichen Grundbetrag insgesamt.

§ 8

Honorarverteilung nach Arztgruppen

(1) Die nach Durchführung der §§ 6 und 7 VM verbleibenden hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumina werden versorgungsbereichsspezifisch in Arztgruppenkontingente aufgeteilt (**Anlage: Arztgruppenkontingente**).

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

(3) Die Arztgruppenkontingente werden errechnet als relative Anteile der Arztgruppen am versorgungsbereichsspezifischen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen nach Abs. 1.

(4) Der Honoraranteil eines Arztgruppenkontingents am versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen beträgt mindestens 99 % des Volumens aus dem relativen Anteil der Arztgruppe an der Summe der Honorarauszahlungen im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen. In den Arztgruppenkontingenten werden Rückstellungen für solche Risiken der Honorarverteilung gebildet, die sich auf einzelne Arztgruppenkontingente beschränken.

(5) Maßgeblich für die Berechnungen nach Abs. 3 und 4 sind die mit den Honorarbescheiden des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung der Bestimmungen des EBM festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche einschließlich der bis zum Stichtag des § 18 Abs. 3 VM erfolgten Änderungen. Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der Arztgruppenkontingente unberücksichtigt. Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent zu vergütenden Leistungen.

(6) Aus den Arztgruppenkontingenten wird – vorbehaltlich abweichender Regelungen in § 8a VM – ein Vorwegabzug zur Finanzierung derjenigen Leistungen gebildet, die nach § 15 Abs. 2 VM nicht zu den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden können, sowie zur Finanzierung der Sicherstellungsanpassungen nach § 19 VM. Die Höhe des arztgruppenspezifischen Vorwegabzugs ergibt sich aus der Anlage. Unterschreitungen der individuellen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal arztgruppenkontingentspezifisch den Vorwegabzügen des Satz 1 zugeführt.

(7) Die von der KVH nach § 103 Abs. 3a SGB V zu leistende Entschädigung für den Verkehrswert einer Praxis wird bei der Durchführung der nächsten vier Honorarabrechnungen nach Beendigung der Praxis in vier gleichen Teilen den Vorwegabzügen nach Abs. 6 des Arztgruppenkontingents derjenigen Arztgruppe entnommen, der der zu entschädigende Arzt angehört. Das dem arztbezogenen individuellen Leistungsbudget entsprechende Honorarvo-

lumen des Arztes, für den die Entschädigung geleistet wurde, wird in den ersten vier Quartalen nach Beendigung der Praxis dem entsprechenden Vorwegabzug nach Abs. 6 zugeführt.

§ 8a Honorarverteilung in einzelnen Arztgruppen

(1) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 gebildeten Arztgruppenkontingents der Hausärzte wird zur Finanzierung der Leistung nach GOP 03040 EBM ein Volumen auf der Basis der Anforderung im Vorjahresquartal bereitgestellt. Die Leistung wird aus diesem Volumen in Höhe des Preises der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen dieses Volumens werden mit dem Vorwegabzug gemäß § 8 Abs. 6 verrechnet.

(2) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Anästhesisten wird zur Finanzierung der anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind, ein Volumen auf der Basis der Anforderung dieser Leistungen im Vorjahresquartal bereitgestellt. Die Leistung wird aus diesem Volumen in Höhe des Preises der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen dieses Volumens werden mit dem Vorwegabzug gemäß Abs. 6 verrechnet.

(3) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Fachinternisten wird ein weiterer Vorwegabzug in Höhe von 2,5% zur Finanzierung der Wachstumsansprüche unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte gebildet. Nicht verbrauchte Mittel werden im Abrechnungsquartal dem Vorwegabzug des § 8 Absatz 6 VM zugeführt.

(4) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Radiologen wird ein Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM und ein Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM gebildet. Das Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM beträgt 85 % des Leistungsbedarfs für diese Leistungen im Vorjahresquartal. Das Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM ist das Arztgruppenkontingent der Radiologen insgesamt abzüglich des Unterkontingents für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM. Aus den Unterkontingenten werden entsprechend § 8 Abs. 6 VM jeweils Vorwegabzüge gebildet, deren Höhe sich aus der Anlage ergibt. Unterschreitungen der individuellen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal unterkontingentspezifisch den Vorwegabzügen zugeführt. Eine Verrechnung zwischen den Unterkontingenten findet nicht statt.

(5) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Nuklearmediziner wird ein Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM und ein Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34 EBM gebildet. Das Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM beträgt 85 % des Leistungsbedarfs für diese Leistungen im Vorjahresquartal. Das Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34 EBM ist das Arztgruppenkontingent der Nuklearmediziner insgesamt abzüglich des Unterkontingents für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM. Aus den Unterkontingenten werden entsprechend § 8 Abs. 6 VM jeweils Vorwegabzüge gebildet, deren Höhe sich aus der Anlage ergibt. Unterschreitungen der individuellen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal unterkontingentspezifisch den Vorwegabzügen zugeführt. Eine Verrechnung zwischen den Unterkontingenten findet nicht statt.

§ 9

Schätzungen bei der Aufteilung der Gesamtvergütung

Die bei der dargestellten Aufteilung der Gesamtvergütung erforderlichen Schätzungen der MGV, der Vergütungsvolumina und der zu erwartenden Zahlungen werden von der KVH nach pflichtgemäßem Ermessen durchgeführt. Bei der Durchführung der Honorarabrechnung festgestellte Fehlschätzungen werden im nächst erreichbaren Abrechnungsquartal ausgeglichen.

Abschnitt 3

Vergütung in den besonderen Leistungsbereichen

§ 10

Vergütung der Laborleistungen

(1) Die Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin werden nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V vergütet.

(2) Die Vergütung der speziellen Laboratoriumsuntersuchungen bei „Nicht-Laborärzten“ unterliegt nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V einer fallwertbezogenen Budgetierung. Hierzu gelten folgende Referenzfallwerte:

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkten Rheumatologie, Endokrinologie	40
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie, Nuklearmediziner	21
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Lungenfachärzte, Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und alle übrigen Facharztgruppen	4

(3) Auf Antrag des Arztes kann eine Erweiterung, Aussetzung oder bedarfsgerechte Anpassung des Budgets erfolgen, wenn diese aus Gründen der Sicherstellung erforderlich ist. Hierzu muss der Arzt nachweisen, dass er die Anforderungen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt. § 19 Abs. 2 und 3 VM gelten entsprechend.

§ 11

Vergütung der Leistungen des ärztlichen Notfalldienstes

(1) Die Leistungen des von der KVH organisierten Notfalldienstes und der Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser während der Zeiten des organisierten Notdienstes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 17. Sitzung am 16. Dezember 2009 werden aus dem nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85 % der durchschnittlichen versorgungsbereichsübergreifenden Vergütungsquote des Vorjahresquartals im Bereich der innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen.

§ 12

Vergütung der Leistungen der Humangenetik

(1) Die Leistungen der Humangenetik (GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM) werden aus dem nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85 % der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals im Bereich der innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen.

§ 13

Vergütung der hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung, der Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte

(1) Die hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung (GOP 03360, GOP 03362 EBM), der Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung (GOP 03370, GOP 03371, GOP 03372, GOP 03373, GOP 04370, GOP 04371, GOP 04372, GOP 04373 EBM) und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte (GOP 04355 EBM) werden aus dem Vergütungsvolumen nach § 7 Abs. 1 (b) vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistungen in Folgequartalen zur Verfügung.

§ 14

Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung

(1) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung werden aus dem nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB vergütet.

(2) Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistungen in Folgequartalen zur Verfügung.

Abschnitt 4

Vergütung von Leistungen in den Arztgruppenkontingenten

§ 15

Vergütung nach individuellen Leistungsbudgets

(1) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal und Arzt ein individuelles Leistungsbudget in Euro als Obergrenze der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben. Im Rahmen der Honorarabrechnung sind die individuellen Leistungsbudgets der arztgruppengleichen Ärzte der Arztpraxis gegenseitig verrechenbar.

(2) Die innerhalb der individuellen Leistungsbudgets unter Berücksichtigung von Verrechnungen nach Abs. 1 abgerechneten Leistungen werden der Arztpraxis zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Die darüber hinaus gehenden Leistungen werden zu quotierten Preisen vergütet.

§ 16

Berechnung des individuellen Leistungsbudgets

(1) Zugelassene und ermächtigte Ärzte erhalten ein arztbezogenes individuelles Leistungsbudget; angestellte Ärzte erhalten ein sitzbezogenes individuelles Leistungsbudget.

(2) Die individuellen Leistungsbudgets werden errechnet als relativer Anteil des Arztes bzw. Sitzes am Leistungsbedarf der Arztgruppe in Euro des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent des § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM sowie unter Anwendung der Regelung nach Absatz 3.

(3) Das individuelle Leistungsbudget hat mindestens den Umfang eines arztgruppenspezifisch festgelegten prozentualen Anteils des Volumens aus dem relativen Anteil des Arztes bzw. Sitzes an der Honorarauszahlung der Arztgruppe im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent des § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM. Die arztgruppenspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte Verlustbegrenzung der Anlage.

(4) 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 § 18 Abs. 3 VM erfolgten Änderungen. Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der individuellen Leistungsbudgets unberücksichtigt. Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent zu vergütenden Leistungen. Bei einer Verringerung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors gegenüber dem Vorjahresquartal wird das individuelle Leistungsbudget entsprechend dem Versorgungsumfang oder Anrechnungsfaktor im Abrechnungsquartal festgesetzt.

§ 17

Besonderheiten bei Neuzulassungen und Praxisveränderungen

(1) Neu zugelassene Ärzte, die in Einzelpraxis tätig sind, erhalten innerhalb einer Anfangsphase von 12 Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme ein individuelles Leistungsbudget in Höhe des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbudgets unter Berücksichtigung ihres

Versorgungsumfanges im Abrechnungsquartal. 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. Ist im Zeitraum vom 5. bis zum 12. Quartal nach erstmaliger Praxisaufnahme das nach § 16 VM ermittelte individuelle Leistungsbudget höher als das arztgruppenschnittliche Leistungsbudget, gilt das individuelle Leistungsbudget.

(2) 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, erhalten ein individuelles Leistungsbudget bzw. ein arztgruppenschnittliche Leistungsbudget entsprechend der Regelung des Abs. 1. Für diese Ärzte findet eine Verrechnung der individuellen Leistungsbudgets nach § 15 Abs. 1 Satz 2 VM nicht statt. Entsprechendes gilt für neu zugelassene Ärzte, die in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ eintreten.

(3) Neu zugelassene Ärzte, die in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ einen Arztsitz übernehmen, erhalten zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets den relativen Anteil ihres Vorgängers unter Berücksichtigung ihres Versorgungsumfanges im Abrechnungsquartal.

(4) Das arztgruppenschnittliche Leistungsbudget ergibt sich aus der Division des Arztgruppenkontingents nach § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM und der Summe der Versorgungsaufträge und Anrechnungsfaktoren der dem Arztgruppenkontingent gem. § 8 Abs. 2 VM zugeordneten Ärzte.

§ 18

Informationen zur Kalkulationssicherheit

(1) Die KVH informiert arztbezogen über die individuellen Leistungsbudgets, um eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen. Neu zugelassene Ärzte gem. § 17 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 VM erhalten eine Information über das arztgruppenschnittliche individuelle Leistungsbudget.

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

(3) Die Informationen ergeben auf der Grundlage der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse im Zeitpunkt eines Monats vor Quartalsbeginn. Nachträgliche Änderungen der Verhältnisse (z. B. Statusänderungen, Änderungen in der Zusammensetzung von Arztpraxen, Ergebnisse der Honorarvereinbarungen, nachträgliche Bereinigungen) werden von Amts wegen in der Honorarabrechnung berücksichtigt.

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

§ 19

Antragsverfahren zur Sicherstellung

(1) Auf Antrag der Arztpraxis kann eine Anpassung des individuellen 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. Entsprechendes gilt bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V. Insofern kann eine Anpassung für den Zeitraum der genehmigten Beschäftigung gewährt werden. Die Anpassung ist in ihrer Höhe begrenzt durch den Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V. Für die Zeit nach Beendigung der Beschäftigung ist das individuelle Leistungsbudget um basiswirksame Leistungsumfänge des Weiterbildungsassistenten zu bereinigen.

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

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

§ 20

Bereinigung

(1) Bereinigungen der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 140a SGB V sowie §§ 73c und 140a SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung des SGB V werden dergestalt durchgeführt, dass aus ihnen weder Begünstigungen noch Benachteiligungen der am Vertrag teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Ärzte resultieren. Hierzu werden die Grundbetragsvolumina des § 6 VM auf der Grundlage der unbereinigten MGV ermittelt und Bereinigungen des Honorars der am Vertrag teilnehmenden Ärzte vorgenommen. Zur Ermittlung der arztbezogenen Bereinigungssummen wird der kassenindividuelle versichertendurchschnittliche Bereinigungsbetrag um den Prozentfaktor des Vorwegabzuges nach § 8 Abs. 6 VM verringert. Er wird in den ersten vier Quartalen der Vertragsteilnahme eines Arztes mit der Zahl der je Arzt eingeschriebenen Versicherten multipliziert. Die sich daraus ergebenden Bereinigungssummen werden von dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. In den Folgequartalen wird zur Berechnung der Bereinigungssummen auf die gegenüber dem Vorjahresquartal geänderte Anzahl der je Arzt eingeschriebenen Versicherten abgestellt. Bei einer Erhöhung wird das bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegte individuelle Leistungsbudget des Arztes entsprechend der geänderten Anzahl vermindert, bei einer Verringerung entsprechend erhöht.

(2) Für Bereinigungen der MGV aufgrund Leistungserbringungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V gilt Abs. 1 sinngemäß entsprechend mit der Maßgabe, dass bezüglich der Berechnung der arztbezogenen Bereinigungssummen auf die um den Prozentfaktor des Vorwegabzuges nach § 8 Abs. 6 VM verringerte

durchschnittliche indikationsspezifische Bereinigungsmenge je Versicherten und die entsprechende indikationsspezifische Versichertenzahl des Arztes abgestellt wird. In Übertragung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung auf die arztseitige Bereinigung erfolgt die Bereinigung für die Quartale 3/2014 und 4/2014 rückwirkend in den Quartalen 3/2015 und 4/2015, wobei die Bereinigungen basiswirksam bei der Ermittlung der bei der Abrechnung der Quartale 3/2015 und 4/2015 zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudgets berücksichtigt werden.

§ 21

Besonderheiten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

- (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. Die Information über die individuellen Leistungsbudgets nach § 18 VM erfolgt für die Ärzte sämtlicher Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH. Sie ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz.
- (2) 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. Die von ihnen abgerechneten Leistungen werden im Rahmen der Honorarabrechnung auf die individuellen Leistungsbudgets arztgruppengleicher Ärzte der Betriebsteile der KV-ÜBAG im Bereich der KVH angerechnet. Im Übrigen werden sie aus den arztgruppenspezifischen Vorwegabzügen nach § 8 Abs. 6 VM entsprechend § 15 Abs. 2 Satz 2 VM quotiert vergütet.
- (3) Die KV-ÜBAG erhält Aufschläge auf Versichertenpauschalen, sofern und soweit dessen Voraussetzungen für die Ärzte der Betriebsteile im Bereich der KVH vorliegen. Die Tätigkeit KVH-fremder Ärzte wird hierbei nicht berücksichtigt.
- (4) Die KVH rechnet die in den Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH erbrachten Leistungen nach den Abrechnungsbestimmungen der KVH ab. Die Abrechnung erfolgt einheitlich für sämtliche in den Betriebsteilen der KV-ÜBAG im Bereich der KVH erbrachten Leistungen. Die Abrechnung der übrigen Leistungen der KV-ÜBAG erfolgt bei der KV am jeweiligen Ort der Leistungserbringung und nach den Abrechnungsbestimmungen dieser KV.
- (5) 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. Der Bescheid ergeht gegenüber der Gesellschaft der KV-ÜBAG an den von ihr gewählten Hauptsitz. Die KV-ÜBAG ist Inhaberin des Honoraranspruches für die in sämtlichen Betriebsteilen der KV-ÜBAG erbrachten Leistungen. Sie betreibt ggf. Widerspruchs- und Klageverfahren für die gesamte KV-ÜBAG.
- (6) Die Honorarsumme aus dem Honorarbescheid für die bereichseigenen Betriebsteile der KV-ÜBAG wird dem Honorarkonto bei der KVH gutgeschrieben. Auszahlungen / Überweisungen erfolgen auf das von der Gesellschaft der KV-ÜBAG benannte Bankkonto.

§ 22

Vergütung von Leistungen der Psychotherapeuten

(1) Abweichend von §§ 15 und 16 VM wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Gruppe der Psychotherapeuten je Quartal und Psychotherapeut ein durchschnittliches Leistungsbudget in Euro als Obergrenze der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben. Im Rahmen der Honorarabrechnung sind die durchschnittlichen Leistungsbudgets der Psychotherapeuten einer Arztpraxis gegenseitig verrechnungsfähig.

(2) Überschreitungen der durchschnittlichen Leistungsbudgets werden aus dem arztgruppenkontingentspezifischen Vorwegabzug des § 8 Abs. 6 VM bis zum 1,5fachen des Durchschnitts mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, soweit hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. 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. Die darüber hinausgehenden Leistungen werden zu quotierten Preisen vergütet.

(3) Unterschreitungen der durchschnittlichen Leistungsbudgets werden dem arztgruppenkontingentspezifischen Vorwegabzug des § 8 Abs. 6 VM im Abrechnungsquartal zugeführt.

(4) §§ 18-21 VM gelten für die Vergütung nach durchschnittlichen Leistungsbudgets sinngemäß entsprechend.

§ 23

Vergütung von Leistungen der Radiologen

(1) In der Arztgruppe der Radiologen werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die Unterkontingente des § 8a Abs. 4 VM ermittelt. Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen der Unterkontingente. Die unterkontingentspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets der Unterkontingente findet nicht statt.

(2) Abweichend von § 16 Abs. 2 VM wird im Unterkontingent der Leistungen des Kapitels 34.4 EBM zur Berechnung der individuellen Leistungsbudgets der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals vollumfänglich bis zu 150 % des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbedarfs herangezogen. Der darüber hinaus gehende Leistungsbedarf wird mit 10 % berücksichtigt. Die Durchschnittsberechnungen erfolgen unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors der Ärzte der Arztgruppe. Sofern sich für das Unterkontingent der Leistungen des Kapitels 34.4 EBM eine Quote aus dem Honorarvolumen des Unterkontingents und der Summe der zur Berechnung herangezogenen Leistungsbedarfe des Vorjahresquartals von weniger als 70 % ergibt, wird die 150 %-Grenze für das Folgejahr in 5 %-Schritten soweit abgesenkt, dass sich eine Quote von mehr als 70 % ergibt.

(3) §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Radiologen sinngemäß entsprechend. Dabei werden die Regelungen des § 17 VM differenziert auf die Unterkontingente des § 8a Abs. 4 VM angewendet.

§ 24

Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner

In der Arztgruppe der Nuklearmediziner werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die Unterkontingente des § 8a Abs. 5 VM ermittelt. Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen der Unterkontingente. Die unterkontingentspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets der Unterkontingente findet nicht statt. §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner sinngemäß entsprechend. Dabei werden die Regelungen des § 17 VM differenziert auf die Unterkontingente des § 8a Abs. 5 VM angewendet.

§ 25

Vergütung von Leistungen der Fachinternisten

Zur Berücksichtigung der Wachstumsansprüche unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte in der Arztgruppe der Fachinternisten erhalten Ärzte, die sowohl einen unterdurchschnittlichen GKV-Umsatz (ohne die auf dem Behandlungsausweis abgerechneten Sachkosten) im Vorjahresquartal als auch eine unterdurchschnittliche Vergütungsquote im individuellen Leistungsbudget des Vorjahresquartals aufweisen, einen Wachstumsaufschlag auf das individuelle Leistungsbudget aus dem Vorwegabzug des § 8a Abs. 3 VM. Hierzu wird der Vorwegabzug auf die Ärzte des Satzes 1 anteilig nach deren Volumina der Überschreitung der individuellen Leistungsbudgets verteilt. Die Durchschnittsberechnungen des Satzes 1 erfolgen unter Berücksichtigung des Versorgungsumfanges oder Anrechnungsfaktors der Ärzte der Arztgruppe. §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Fachinternisten sinngemäß entsprechend.

Abschnitt 5

Schlussbestimmungen

§ 26

Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben

(1) Dieser VM tritt am Tage der Veröffentlichung mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2013 in Kraft. Änderungen des VM treten am Tage der Veröffentlichung nach Maßgabe der Regelung des Änderungsbeschlusses in Kraft.

(2) § 18 VM findet auf Informationen für den Zeitraum ab dem 1. Quartal 2014 Anwendung. Die erstmalige Information für das 4. Quartal 2013 erfolgt spätestens am 14.10.2013. Maßgeblich ist das Postaufgabedatum. § 29 VM in der bis zum 3. Quartal 2013 geltenden Fassung gilt nicht für das 4. Quartal 2013.

(3) Die Vorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V sind für die KVH verbindlich. Sie finden auf die Honorarverteilung unmittelbar Anwendung. Der Vorstand der KVH wird ermächtigt, die Vorgaben der KBV sowie deren Änderungen als Bestandteil des VM entsprechend § 62 Abs. 1 der Satzung zu veröffentlichen. Die Vertreterversammlung wird über die veröffentlichten KBV-Vorgaben unterrichtet. Soweit die Vorgaben den Kassenärztlichen Vereinigungen inhaltliche Entscheidungsspielräume gewähren, sind von der Vertreterversammlung entsprechende Regelungen im VM vorzunehmen.

(4) Die Honorarabrechnung für das Quartal 4/2014 erfolgt bezüglich der Durchführung des § 8 Abs. 4 VM mit Vorjahresquartalsdaten, die sich auf der Grundlage des § 8 Abs. 4 VM in der ab dem 01.01.2014 geltenden Fassung ergeben hätten.

Anlage
Arztgruppenkontingente ab dem Quartal 4/2013

		Vorwegabzug	Verlustbegrenzung
	Hausärztlicher Versorgungsbereich		
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.	30 %	99 %
2	Kinderärzte	20 %	97 %
	Fachärztlicher Versorgungsbereich		
1	Augenärzte	5 %	90 %
2	Chirurgen	3 %	94 %
3	Frauenärzte	3 %	91 %
4	Hautärzte	3 %	93 %
5	HNO-Ärzte	3 %	93 %
6	Nervenärzte	5 %	97 %
7	Orthopäden	10 %	95 %
8	Psychotherapeuten	3 %	99 %
9	Urologen	3 %	91 %
10	Anästhesisten	3 %	94 %
11	Fachinternisten (fachärztlich tätig)	3 %	99 %
12	Kinder- und Jugendpsychiater	3 %	94 %
13	Radiologen		
13.1	Radiologen – Leistungen außerhalb Kapitel 34.4 EBM	4 %	80 %
13.2	Radiologen – Leistungen Kapitel 34.4 EBM	4 %	80 %
14	Humangenetiker	3 %	99 %
15	Laborärzte	3 %	96 %
16	Neurochirurgen	3 %	88 %
17	Nuklearmediziner		
17.1	Nuklearmediziner – Leistungen außerhalb Kapitel 34 EBM	4 %	80 %
17.2	Nuklearmediziner – Leistungen Kapitel 34 EBM	4 %	80 %
18	Pathologen	5 %	92 %
19	Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	5 %	97 %
20	Strahlentherapeuten	3 %	99 %
21	Transfusionsmediziner	3 %	99 %
22	MKG-Chirurgen	3 %	88 %
23	Ermächtigte Einrichtungen	3 %	99 %