

**Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern**

In dem Schiedsamsverfahren gemäß §§ 85, 89 SGB V

hat das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in M-V unter Mitwirkung von:

Professor Dr. Wasem
Frau Brinkmann
Professor Dr. Weber

Vorsitzender
unparteiisches Mitglied
unparteiisches Mitglied

Herr Dr. Eckert
Herr DM Otto
Herr Dr. Thierfelder
Herr Dr. Kreye
Herr Dr. Grümmert
Herr Schmidt
Herr Rambow

Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V
Kassenärztliche Vereinigung M-V

Herr Hahn
Herr Schneider
Herr Meeves
Frau Kolbaum
Frau Tiedemann
Herr Kutzbach
Herr Nagel

AOK Mecklenburg-Vorpommern
Bundesknappschaft
BKK Landesverband NORD
IKK Landesverband Nord
LKK Mittel- und Ostdeutschland
VdAK/AEV Landesvertretung M-V
VdAK/AEV Landesvertretung M-V

aufgrund mündlicher Verhandlung am 14.03.2005 folgenden Vertragsinhalt festgesetzt:

I. Vertragsinhalt

Vereinbarung zum Honorarverteilungsmaßstab gemäß § 85 Abs. 4 SGB V

zwischen

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

(nachfolgend KV MV)

- einerseits -

und

**AOK Mecklenburg-Vorpommern - Die Gesundheitskasse
(zugleich für die Bundesknappschaft)**

BKK-Landesverband NORD

IKK-Landesverband Nord

**Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) /
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband,
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern**

**Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung**

(nachfolgend Krankenkassen)

- andererseits -

§ 1

Geltungsbereich

1. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt die Verteilung
 - a) der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) von den Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen), die diese für die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort in Mecklenburg-Vorpommern entrichten, soweit in den Gesamtverträgen nichts anderes vereinbart ist, sowie
 - b) der Gesamtvergütungsanteile von den Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern für Fremdkassenfälle, welche von Ärzten und anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden Mecklenburg-Vorpommerns abgerechnet werden, sowie
 - c) der Gesamtvergütungsanteile für psychotherapeutische Leistungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die diese für die psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten entrichten.
2. Die Bestimmungen des HVM finden entsprechende Anwendung auf die sonstigen Kostenträger, die die Leistungen wie die Krankenkassen vergüten, soweit nicht in den entsprechenden Verträgen abweichende Regelungen vereinbart sind.

§ 2

Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung

1. Die Gesamtvergütungen der Krankenkassen werden gesondert nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen unter Zugrundelegung der gemäß den nachstehenden Vorschriften berechneten vertragsärztlichen Leistungen verteilt.
2. Die Vergütungen der Krankenkassen außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns (Fremdkassen) werden zusammengefasst verteilt.
3. Über die Auslegung der Regelungen dieses HVM entscheidet der Vorstand der KVMV. Er ist ermächtigt, in dringenden Fällen vorläufige Regelungen der Honorarverteilung zu treffen.

§ 3

Teilnahme an der Honorarverteilung

1. Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung haben die im Bereich der KVMV zugelassenen und ermächtigten Ärzte/Psychotherapeuten, ermächtigte Fachwissenschaftler für Medizin sowie zugelassene Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, die zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V i. d. F. des GMG, die ermächtigten (ärztlich geleiteten) Ein-

- richtungen sowie die Nicht-Vertragsärzte und Krankenhäuser für die Behandlung von Notfällen.
2. Bei ermächtigten Ärzten/Psychotherapeuten, Fachwissenschaftlern der Medizin und ärztlich geleiteten Einrichtungen beschränkt sich der Honoraranspruch auf den festgelegten Leistungskatalog.
 3. Bestandteil der Honorarverteilung sind auch Vergütungen für erbrachte nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V.
 4. Bei der Vergütung von Notfalleistungen, die im Krankenhaus/in Einrichtungen gemäß § 117 SGB V erbracht werden, gilt § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend, soweit (gesamt-) vertraglich nichts anderes vereinbart ist.

§ 4

Prinzip der Leistungsvergütung

1. Ermittlung und Festsetzung von Regelleistungsvolumen

Die Vergütung der Leistungen für Primär- und Ersatzkassen für nach § 3 dieses HVM an der Honorarverteilung Teilnehmende, die mit mindestens einer nach Teil III. Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, erfolgt auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen.

Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge wird mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerte) vergütet.

Die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) einer Arztpraxis bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums ergibt sich dabei aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen, nach Altersklassen untergliederten und gegebenenfalls um nachstehende Regelungen angepassten Fallpunktzahlen (FPZ) und der Fallzahl der Arztpraxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums im aktuellen Abrechnungsquartal. Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung werden die Fallpunktzahlen (FPZ) des Regelleistungsvolumens (RLV) in Grund- und Zusatzmodule unterteilt.

Leistungen im Regelleistungsvolumen werden als Regelleistungen definiert. Leistungen, welche das Regelleistungsvolumen überschreiten werden als Mehrleistungen definiert.

Die in Teil III. Ziffer 4. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen. Regelleistungsvolumen finden

keine Anwendung für ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Institutionen, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

1.1. Grundmodule

Die Fallpunktzahlen für die arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) werden auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 berechnet. Die Fallpunktzahlen untergliedern sich in Grund- und Zusatzmodule.

Die Berechnung der Grundmodule erfolgt entsprechend der in Anlage 2 zum Teil III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Formel zur Berechnung der Fallpunktzahl des RLV (FPZ_{RLV}), wobei der Faktor „LB“ nicht den Leistungsbedarf der in den Anlagen zu den Ziffern 1.2.1 bzw. 1.2.2 für das jeweilige Zusatzmodul aufgeführten Leistungspositionen enthält.

Die arztgruppenbezogenen Grundmodule sind nachfolgend aufgeführt.

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte 0-5 Jahre	Versicherte 6-59 Jahre	Versicherte ab 60 Jahren
101	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	472	489	875
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	526	361	-
103	Fachärzte für Anästhesiologie	282	338	311
104	Fachärzte für Augenheilkunde	563	514	655
105	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie ¹ .	729	716	876
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	334	317	423
107*	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	-	-	-
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	643	683	658
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	290	394	454
110*	Fachärzte für Humangenetik	-	-	-
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	256	863	953
112*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	-	-	-
113*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	-	-	-
114*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	245	377	425
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	421	1.396	1.586
116*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	-	990	1.420

¹ Leistungen nach EBM Kapitel 34.3 unterliegen nicht dem RLV, sondern sind entsprechend III Ziffer 4.1 zu vergüten

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte 0-5 Jahre	Versicherte 6-59 Jahre	Versicherte ab 60 Jahren
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	714	1.429	1.418
118*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	-	-	-
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	416	1.234	1.327
120*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	-	1.018	1.090
121*	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	1.164	1.078	386
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	300	319	302
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	1.146	1.140	1.096
124*	Fachärzte für Neurologie	-	881	834
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	2.283	2.081	2.570
126	Fachärzte für Orthopädie	331	580	691
127*	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	-	-	-
128*	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	1.245	1.083	1.055
129*	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	-	-	-
130*	Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin	-	215	341
131	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten	508	240	439
132*	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	566	690	-
133*	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	426	662	708
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	311	893	1.108
135*	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	4.746	5.471	5.904
136*	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	693	2.941	2.654
137	Fachärzte für Urologie	349	473	543
138*	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	360	1.301	1.596
139	Übrige Fachärzte	keine Regelleistungsvolumen		
140	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	keine Regelleistungsvolumen		

* Die Fallpunktzahlen für Fachgruppen mit weniger als 7 Ärzte im Zeitraum 3. Quartal 2003 – 2. Quartal 2004 sind vorläufig und bedürfen einer Prüfung und ggf. Anpassung, Größere Vergleichsgruppe (Bund)

1.1.1 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen

Die Regelung nach Teil III. Ziffer 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 findet Anwendung.

1.1.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin wird bei der Berechnung der Grundmodule für „Versicherte ab 60 Jahren“ der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin gebildet. Die Berechnung des Aufschlages nach Ziffer 1.1.1 bleibt davon unberührt.

1.1.3. Ärzte mit mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen

Die Regelung nach Teil III. Ziffer 3.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 findet Anwendung.

1.1.4. Relevante Behandlungsfälle

Die Regelung nach Teil III. Ziffer 3.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 findet Anwendung.

1.2. Zusatzmodule

Die Berechnung der Zusatzmodule erfolgt entsprechend der in Anlage 2 zum Teil III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Formel zur Berechnung der Fallpunktzahl des RLV (FPZ_{RLV}), wobei der Faktor „LB“ nur den Leistungsbedarf der in den Anlagen zu den Ziffern 1.2.1. und 1.2.2. für das jeweilige Zusatzmodul aufgeführten Gebührenordnungspositionen und der Faktor „e“ die Fallzahlen der berechtigten Ärzte enthält.

Überschreitet ein Arzt das Punktzahlvolumen des Zusatzmoduls bzw. der Zusatzmodule, werden diese Überschreitungen insoweit mit dem Punktzahlvolumen der Grundmodule verrechnet, als dieses unterschritten wird. Die Zusatzmodule können nicht untereinander verrechnet werden. Ein Überschreiten des Punktzahlvolumens der Grundmodule kann nicht mit dem Punktzahlvolumen des Zusatzmoduls bzw. der Zusatzmodule verrechnet werden.

1.2.1. Qualifikationsgebundene Zusatzmodule

Für die in der Anlage zu dieser Ziffer aufgeführten Leistungspositionen werden Zusatzmodule gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die qualifikationsgebunde-

nen Zusatzmodule, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt. Gegebenenfalls ist zusätzlich der Nachweis einer Qualifikation nach § 135 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V oder die Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung erforderlich.

Die arztgruppenbezogenen Zusatzmodule sind in der Anlage zu dieser Ziffer aufgeführt.

1.2.2. Bedarfsabhängige Zusatzmodule

Für die in der Anlage zu dieser Ziffer aufgeführten Leistungspositionen werden Zusatzmodule gebildet. Der Vorstand kann auf Antrag des Arztes bedarfsabhängige Zusatzmodule zuerkennen, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.

Die arztgruppenbezogenen Zusatzmodule sind in der Anlage zu dieser Ziffer aufgeführt.

1.3. Berechnung der Fallpunktzahlen für Zusatzmodule bei Gemeinschaftspraxen

Die für Gemeinschaftspraxen zutreffende Fallpunktzahl für das jeweilige Zusatzmodul wird als arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen aller beteiligten Ärzte ermittelt. Dabei gehen Ärzte ohne das entsprechende Zusatzmodul mit der Fallpunktzahl 0 in die Berechnung ein.

1.4. Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung

Der Vorstand kann nach Ziffer 3.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme nach Ziffer 1 des oben aufgeführten Beschlusses Anpassungen der Regeleistungsvolumen in Form einer Erweiterung der Grund- und Zusatzmodule gewähren.

1.5. Fallzahlgrenzen

Die Regelungen nach Teil III. Ziffern 3.2.1, 3.3.1, 3.3.1.1 und 3.3.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 finden Anwendung.

1.6. Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen

Praxen bzw. med. Versorgungszentren deren Behandlungsfallzahl 150% der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Arztgruppe überschreitet sind im Fallzahlzuwachs begrenzt. Sofern die Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals der Praxis bzw. des med. Versorgungszentrums um mehr als 5 % der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe überschritten wird, wer-

den die überschreitenden Fälle nicht für die Bemessung des Regelleistungsvolumens herangezogen.

Der Vorstand der KVMV kann im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes Ausnahmen zu dieser Regelung beschließen.

1.7. Psychotherapie

Die angeforderten zeitabhängigen Leistungen des Kapitels 35 EBM der Arztgruppen gemäß § 4 Ziffer 1.1 AG-Nrn.130, 131 und 132 werden bis zu einer Grenze von 561.150 Punkten je Quartal und Arzt/Psychotherapeut vergütet.

§ 5

Verteilung der Gesamtvergütung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt auf der Grundlage der abgerechneten sachlich rechnerisch und auf Wirtschaftlichkeit geprüften Leistungen nach Durchführung der Regelungen nach § 4.

Für die Leistungsvergütung werden Verteilungskontingente gebildet

- 1.1. Von der Gesamtvergütung werden die von den Krankenkassen mit Bezug auf § 140 d Abs. 1 und 2 SGB V gemeldeten Einbehaltungen von bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung vorab abgezogen. Nicht verwendete Mittel nach § 140 d Absatz 1 Satz 5 werden der Gesamtvergütung vorab zugeführt. Satz 1 gilt für die Mittel nach § 140 d Absatz 2 entsprechend.
2. Von der Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung entsprechend der jeweils gültigen Richtlinie des Bewertungsausschusses entsprechend § 85 Abs. 4a SGB V vorweg abgezogen:
 - a) aa - Dialyse-Sachkosten
 - bb - Sachkosten für die LDL-Elimination
 - cc - sonstige Sachkosten nach besonderen Vereinbarungen
 - dd - Pauschalerstattungen - Bereitschaftsgebühren im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit
 - ee - weitere nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung zu erstattende Kosten oder zu vergütende Leistungen
 - ff - die Vergütung der Hausärztlichen Grundvergütung (GO-Nrn. 03000, 04000) gemäß § 87 Abs. 2a SGB V als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich verein-

barten Veränderungen. Die Hausärztliche Grundvergütung darf nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

gg - Pauschalerstattung nach Kapitel 40 des jeweils gültigen EBM

- b) Zahlungen aufgrund gesetzlicher bzw. vertraglicher Bestimmungen
 - c) die Vergütung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung² gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen³) als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen
 - d) Laborvergütung entsprechend § 5 c Ziffer 5
 - e) der im Jahr 1999 auf die Erstattungspsychotherapie gem. Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG entfallende Anteil des psychotherapeutischen Ausgabenbudgets
3. Die nach den Richtlinien des Bewertungsausschusses entsprechend § 85 Abs. 4 a SGB V ermittelte hausärztliche und fachärztliche Gesamtvergütung wird jeweils getrennt verteilt.
 4. Für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen und der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen) werden getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen jeweils ein rechnerischer Quartalspunktwert vor der Trennung der Gesamtvergütung nach Ziffer 3 ermittelt.
 5. Über- oder unterschreitet der für eine Arztgruppe nach den AG-Nr. 101 bis 138 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punktwert (PW_{AG}) (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Verteilungskontingente) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert ($PW_{HA/FA}$) um mehr als 10 %, wird eine Anpassung des Arztgruppenkontingentes in folgender Höhe vorgenommen:

Auf Basis des Vorquartals wird die Vergütung ermittelt, welche zum Erreichen der um 1 % abgesenkten prozentualen Maximalabweichung der rechnerischen Punktwerte der Arztgruppenkontingente (PW_{AG}) vom durchschnittlichen rechnerischen Punktwert des jeweiligen Versorgungsbereiches ($PW_{HA/FA}$), bei proportionaler Stützung bzw. Entnahme aus den Arztgruppenkontingenten des jeweiligen Versorgungsbereiches notwendig ist.⁴

² Entsprechend dem Beschluß des Bewertungsausschusses vom 20. Juni 2000 sind die zusätzlich zum 1. Oktober 2000 in den Leistungskatalog nach § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen zu berücksichtigen.

³ Ohne Leistungen des EBM-Kapitels 32, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00

⁴ Diese Regelung findet ab dem 3. Quartal 2005 Anwendung.

§ 5 a

Verteilung der hausärztlichen Gesamtvergütung

1. Die Verteilung der hausärztlichen Gesamtvergütung nach § 5 Ziffer 3 HVM erfolgt für die in § 4 Ziffer 1.1 HVM aufgeführten Arztgruppen der AG-Nrn. 101 und 102 zusammengefasst in einem Verteilungskontingent.
2. Die Ermittlung der Punktwerte erfolgt auf der Grundlage nachstehender Regelungen:

Von der ermittelten hausärztlichen Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der Verteilungspunktwerte vorweg abgezogen:

- a) Die in Ziffer 4.1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen werden, soweit sie nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, grundsätzlich mit dem rechnerischen Punktwert des Arztgruppenkontingentes (PW_{AG}) bzw. wie folgt vergütet.
 - aa) Leistungen von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notfalldienst nach § 2 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden für Primärkassen mit 4,60 Cent und für Ersatzkassen mit 5,10 Cent vergütet.
 - bb) Leistungen der antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35200 bis 35225 werden zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 3 vergütet.
 - cc) Belegärztliche Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet.
 - b) Soweit die Leistungen der nicht antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35100 bis 35150 nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, werden diese Leistungen zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 1 f vergütet.
 - c) Zuführungen zum Honorarausgleichsfonds der Hausärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Das Honorarkontingent der Arztgruppen nach Ziffer 1 wird entsprechend den Leistungsanforderungen dieser Arztgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgegliedert. Die Ermittlung der Verteilungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen.

4. Die Regelleistungen werden grundsätzlich mit einem festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) in Höhe von 1,50 Ct. vergütet. Mehrleistungen werden mit einem Punktwert (Restpunktwert) vergütet, welcher sich nach Abzug der Vergütung der Regelleistungen aus den verbleibenden Honorarkontingenten nach Ziffer 3 und den Mehrleistungen ergibt. Gegebenenfalls ist durch Vergütungsausgleich innerhalb des Verteilungskontingentes sicherzustellen, dass der Restpunktwert maximal 75% des Regelleistungspunktwertes erreicht.
5. Die Vergütung der hausärztlichen Grundvergütung (GO-Nrn. 03000, 04000) gemäß § 87 Abs. 2 a SGB V erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen zu den rechnerischen Quartalspunktwerten die sich aus den Teilbudgets nach § 5 Ziffer 2 a) ff ergeben.
6. Die Vergütung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen⁵) erfolgt mit den Punktwerten nach § 5 Ziffer 4.

§ 5 b

Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung

1. Für die Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung nach § 5 Ziffer 3 HVM werden die Arztgruppen nach § 4 Ziffer 1.1 des HVM entsprechend nachstehender Tabelle zu Verteilungskontingenten zusammengefasst und jeweils getrennt vergütet:

VK-Nr.	Verteilungskontingent (Honorargruppe)	zugehörige AG-Nrn. gem. § 4 Ziffer 1.1
601	Anästhesisten	103
602	Augenärzte	104
603	Chirurgen	105
604	Gynäkologen	106 und 107
605	HNO-Ärzte	108 und 127
606	Dermatologen	109
607	fachärztliche Internisten	110 bis 120
608	Nervenärzte und Psychiater	121, 123, 124, 128 und 129
609	MKG-Chirurgen	122
610	Nuklearmediziner	125
611	Orthopäden	126 und 138
612	Psychotherapeuten	130, 131 und 132
613	Radiologen	133 bis 136
614	Urologen	137
701	Fachärzte ohne RLV	139
702	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	140

2. Die Ermittlung der Punktwerte erfolgt auf der Grundlage nachstehender Regelungen:

⁵ Ohne Leistungen des EBM -Kapitels 32, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00

Die ermittelte fachärztliche Gesamtvergütung wird um die Vergütung nach § 5 Ziffer 2 c) erhöht.

Von der ermittelten fachärztlichen Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der Verteilungspunktwerte vorweg abgezogen:

- a) Die in Ziffer 4.1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen werden, soweit sie nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, grundsätzlich mit dem rechnerischen Punktwert des Verteilungskontingentes (PW_{VK}) bzw. wie folgt vergütet.
 - aa) Leistungen von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notfalldienst nach § 2 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg Vorpommerns werden für Primärkassen mit 4,60 Cent und für Ersatzkassen mit 5,10 Cent vergütet.
 - bb) Belegärztliche Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet.,
 - b) Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung⁶ gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet,
 - c) Zuführungen zum Honorarausgleichsfonds der Fachärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Die um die Vergütungen nach Ziffer 2 a) Unterpunkte aa) und bb), b) und c) und um die Vergütung nach Ziffer 5 bereinigte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereiches wird entsprechend der Verteilungskontingente nach Ziffer 1 aufgeteilt.
4. Die Verteilungskontingente nach Ziffer 1 werden wie folgt ermittelt:

$$\text{Arztgruppenkontingent} = \text{Arztgruppenanteil}_{\text{Basisjahr}} \times \text{Gesamtvergütung}_{\text{Akt.Quartal}} \times \frac{\text{Arztgruppenarztzahl}_{\text{akt.Quartal}}}{\text{Arztgruppenarztzahl}_{\text{Basisjahr}}}$$

Der prozentuale Anteil der einzelnen Arztgruppe an der Gesamtvergütung ($\text{Arztgruppenanteil}_{\text{Basisjahr}}$) wird auf der Basis der Vergütung des Zeitraumes vom 3. Quartal 2003 bis zum 2. Quartal 2004 (Basiszeitraum) ermittelt. Die Vergütung wird dabei in Analogie zu Ziffer 3 um die in dieser Ziffer aufgeführten Bereinigungen im Basiszeitraum abgesenkt. Davon abweichend wird der Arztgruppenanteil der AG-Nr. 125 (Fachärzte für Nuklearmedizin) auf Basis des Leistungsbedarfes des Regelleistungsvolumens (Leistungen im RLV und Mehrleistungen) im Basiszeitraum unter Berücksichtigung der Neufassung des

⁶ Entsprechend dem Beschluß des Bewertungsausschusses vom 20. Juni 2000 sind die zusätzlich zum 1. Oktober 2000 in den Leistungskatalog nach § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen zu berücksichtigen. Ohne Leistungen des EBM-Kapitels 32, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00.

EBM ermittelt. Die Bewertung der Leistungen erfolgt dabei mit dem durchschnittlichen Punktwert der übrigen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches im Basiszeitraum. Bei der Punktwertermittlung werden die Bereinigungen nach Satz 2 sowie der transcodierte Leistungsbedarf zu Grunde gelegt. Die sich ergebenden Arztgruppenanteile sind in der Anlage zu dieser Ziffer dargestellt.

Die Entwicklung der abrechnenden Ärzte innerhalb der einzelnen Arztgruppenkontingente wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte der Arztgruppe des zur Verteilung anstehenden Quartals ($\text{Arztgruppenarztzahl}_{\text{akt.Quartal}}$) und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Arztgruppe im Basiszeitraum ($\text{Arztgruppenarztzahl}_{\text{Basisjahr}}$).

Die Summe der Arztgruppenkontingente ist ins Verhältnis zur aktuellen fachärztlichen Gesamtvergütung des Quartals nach Ziffer 3 ($\text{Gesamtvergütung}_{\text{akt.Quartal}}$) zu setzen. Die Arztgruppenkontingente sind entsprechend proportional anzupassen.

Die Arztgruppenkontingente sind entsprechend Ziffer 1 zu Verteilungskontingenten zusammenzufassen.

Die Verteilungskontingente gemäß Ziffer 1 werden entsprechend den Leistungsanforderungen der Arztgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgegliedert. Die Bewertung der Leistungsanforderungen erfolgt dabei mit den rechnerischen Punktwerten der jeweiligen Kassengruppe. Die Ermittlung der Verteilungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen.

5. Für psychotherapeutische Leistungen nach Kapitel 35 des EBM der Arztgruppen nach Ziffer 1 sowie für die übrigen Leistungen der Psychotherapeuten gemäß § 4 Ziffer 1 HVM (AG-Nrn.130, 131 und 132) werden Teilbudgets getrennt nach Primär- und Ersatzkassen auf der Grundlage des Art. 11 PsychThG vom 16. Juni 1998 i. V. mit Artikel 14 GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 gebildet. Die Teilbudgets sind um den Anteil der psychotherapeutischen Leistungen der Vertragsärzte nach § 5 a des HVM im Jahr 1996 zu bereinigen. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4a SGB V werden entsprechend für die GO-Nrn. 35200 bis 35225 des EBM aller Arztgruppen angewendet.
6. Die Regelleistungen werden grundsätzlich mit einem festen Punktwert (Regelleistungspunkt看wert) in Höhe von 1,50 Ct. vergütet. Mehrleistungen werden mit einem Punktwert (Restpunkt看wert) vergütet, welcher sich nach Abzug der Vergütung der Regelleistungen und der Vergütung nach Ziffer 2 a) mit Ausnahme der Unterpunkte aa) und bb) aus den verbleibenden Honorarkontingenten nach Ziffer 4 und den Mehrleistungen ergibt. Gegebenenfalls ist durch Vergütungsausgleich innerhalb des Verteilungskontingentes sicherzustellen, dass der Restpunkt看wert maximal 75% des Regelleistungspunkt看wertes erreicht. Die verbleibenden Leistungen in den Verteilungskontingenten 701 (Fachärzte ohne RLV) und 702 (Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) werden mit den sich jeweils rechnerisch ergebenden Punktwerten vergütet.

§ 5 c

Sonstige Verteilungsgrundsätze für die hausärztliche und fachärztliche Gesamtvergütung

1. Für den Fall, dass die Partner oder einzelne Partner der Gesamtverträge für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche feste Punktwerte, Pauschalen oder Teilbudgets vereinbaren, ist sicherzustellen, dass diese Leistungen mindestens mit den vereinbarten Punktwerten, den vereinbarten Pauschalen oder mit dem sich aus der Teilbudgetierung ergebenden rechnerischen Punktwerten bzw. Pauschalen vergütet werden.
2. Werden Leistungen an Ärzte anderer Arztgruppen verlagert, kann der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß die zugehörigen Gesamtvergütungsanteile entsprechend korrigieren.
Für die erstmalig in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen und medizinisch notwendige Leistungsentwicklungen, kann der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß die entsprechenden Gesamtvergütungsanteile anpassen, soweit die Vergütungshöhe dieser Anpassung 10 v. H. der vertraglich vereinbarten Steigerungen der Gesamtvergütung nach § 5 a und § 5 b des HVM nicht überschreitet.
3. Für die Abwicklung der Honorare für Fremdarzt- und Fremdkassenfälle sowie bei EBM-bedingten strukturellen Verwerfungen in einzelnen Arztgruppenkontingenten sowie gegebenenfalls zu leistender Nachzahlungen/Rückzahlungen werden Honorarausgleichsfonds gebildet. Der Vorstand der KVMV ist ermächtigt, über die Höhe der Zuführung (§ 5 a Ziffer 2 c) und § 5 b Ziffer 2 c) HVM) beziehungsweise Entnahme zu entscheiden. Über den Stand der Honorarausgleichsfonds und ihrer Verwendung sind die Vertreterversammlung der KV und die Vertragspartner dieser Vereinbarung jährlich zu unterrichten.
4. Nachzahlungen von Krankenkassen für bereits abgerechnete Vierteljahre sind nachträglich zu vergüten. Bei geringfügigen Nachzahlungen kann der Vorstand der KVMV beschließen, dass diese Nachzahlungsbeträge für die laufende Abrechnung des Vierteljahres verwendet oder den Honorarausgleichsfonds zugeführt werden.
Der Vorstand der KVMV kann abweichende Regelungen im Einzelfall beschließen.
5. Die Vergütung der Punktzahlleistungen nach EBM Kapitel 32 erfolgt durch nachstehend aufgeführte Punktwerte:

Bezeichnung	Gebührenordnungsposition	Punkt看ert
Laborgrundgebühr	32000	3,10 Cent
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung	32001	3,60 Cent
Grundpauschale	01700, 01701, 12220, 12221, 12222, 12225, 12226	3,10 Cent

Das nach der Vergütung der Punktzahlleistungen verbleibende Honorarvolumen wird für die Vergütung der übrigen Leistungen des EBM Kapitel 32 verwendet. Für den Fall, dass der Leistungsbedarf der Laborleistungen das anteilige Honorarvolumen für diese Leistungen aus dem Jahr 1998 überschreitet, wird der Punktwert für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Laborleistungen des Kapitels 32 entsprechend quotiert.

§ 6

Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieses HVM, der EBM - Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen, soweit Mittel hierfür nach § 5 a Ziffer 2 c) und § 5 b Ziffer 2 c) HVM in Verbindung mit § 5 c Ziffer 4 HVM zur Verfügung stehen und es sich nicht um eine von den nach § 3 Teilnehmenden zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung der KV und die Vertragspartner dieser Vereinbarung hierüber.
2. Die Zuständigkeit des Vorstandes der KVMV schließt auch den Regelungsbedarf mit ein, der sich aus den Besonderheiten der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen sowie aus Statuswechseln ergeben kann.

§ 7

Kosten der Honorarverteilung

Die Kosten für die Durchführung und verwaltungsseitige Umsetzung der Honorarverteilung trägt die KV.

§ 8

Haftung

Soweit der Vorstand der KV MV Änderungen/Anpassungen/Auslegungen in der Honorarverteilung ohne Einvernehmen mit den Vertragspartnern entsprechend den hierzu in dieser Vereinbarung vorgesehenen Regelungen vornimmt, haftet die KV allein. In den übrigen Fällen haften die Kassen einerseits und die KV andererseits paritätisch; innerhalb der Kassenseite gilt der Grundsatz der gesamtschuldnerischen Haftung.

§ 9**Inkrafttreten, Geltungsdauer**

Der Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 01.04.2005 in Kraft, der Honorarverteilungsmaßstab in der Beschlussfassung des Landesschiedsamtes vom 29.11.2004 tritt außer Kraft. Er gilt bis zum 31.12.2005.

Anlage zu § 4, Ziffer 1.2.1 HVM

Übersicht der qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
101	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02313, 02312, 30500, 30501	n.b.
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	03340, 30110, 30111, 30120, 30122, 30123, 30130	46,0 Pkt
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	33,3 Pkt
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30411, 30400, 30410, 30420, 30421	21,9 Pkt
	Kardiologie	03322	3,6 Pkt
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33061, 33076	10,4 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	29,5 Pkt
	Chirotherapie	30200, 30201	20,6 Pkt
102	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	04340, 30111, 30120, 30122, 30123, 30130	17,5 Pkt
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	7,4 Pkt
	Kinderkardiologie	04322, 04323, 13550, 13552, 33020, 33021, 33022	259,6 Pkt
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	14220, 14221, 14222	n.b.
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	14,3 Pkt
103	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	80,9 Pkt
104	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30130	n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	2,3 Pkt
	Sonographie	33000, 33001, 33002	1,1 Pkt
105	Gefäßchirurgie (Teilgebiet) und/oder Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	121,1 Pkt
	Sonographie	33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092	30,0 Pkt
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	11,6 Pkt
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33075, 33076,	182,6 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,2 Pkt

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
105	Chirotherapie	30200, 30201	17,3 Pkt
	Unfallchirurgie		n.b.
106	Sonographie	33041, 33091, 33092	19,7 Pkt
	transkavitäre Sonographie	33090	n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	64,5 Pkt
108	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30130	64,7 Pkt
	Sonographie	33010, 33011	18,3 Pkt
	Diagnostik von Schlafstörungen	30900, 30901	31,3 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	7,0 Pkt
	Otoakustische Emmissionen	09324	7,9 Pkt
	Phoniatrie und Pädaudiologie (Teilgebiet), Audiologie	20314, 20321, 20322, 20327, 20331 bis 20370	n.b.
	Phoniatrie und Pädaudiologie (Übergangsregelung 31.12.2003)	09321, 09322, 09327, 09331, 09332, 09340	17,7 Pkt
Chirotherapie	30200, 30201	4,2 Pkt	
109	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	9,7 Pkt
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30123, 30130	56,1 Pkt
	Sonographie		n.b.
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen		n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,0 Pkt
111	Genehmigungspflichtige Echokardiographie	33020, 33021, 33022	122,7
	Genehmigungspflichtige angiologische Leistungen	33070, 33071, 33072	209,2
	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073	180,0
	CW- und PW-Doppleruntersuchungen der Gefäße	33060, 33061, 33063, 33076	49,2
	115	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
117	Belastungs-Echokardiographie	33030, 33031	36,1
	Genehmigungspflichtige Echokardiographie	33020, 33021, 33022	5,5
	Transösophageale Echokardiographie	33023	3,6
	Genehmigungspflichtige angiologische Leistungen	33070, 33071, 33072	9,4
	CW- und PW-Doppleruntersuchungen der Gefäße	33060, 33061, 33063, 33076	18,8
	Herzschrittmacher-Kontrolle	13552	80,6
	Ergospirometrie	13560	n.b.
121	Kinder- und Jugendpsychiatrie	14220, 14221, 14222	1.149,2 Pkt
123	Physikalische Therapie	30400	16,7 Pkt
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33063, 33070, 33071, 33075	81,6 Pkt
	Diagnostik von Schlafstörungen		n.b.
	Chirotherapie	30200, 30201	23,3 Pkt
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	21220, 16220	9,3 Pkt
126	Sonographie	33050, 33081, 33091, 33092	14,2 Pkt
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	23,5 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	6,4 Pkt
	Chirotherapie	30200, 30201	87,4 Pkt
137	transkavitäre Sonographie	33090	7,3 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	72,1 Pkt
	Dopplerunters. Genitalbereich	33062	n.b.

n.b. Zur Zeit nicht benannt, da die Leistungen im Basiszeitraum nicht erbracht bzw. nicht transcodiert wurden.

Anlage zu § 4, Ziffer 1.2.2 HVM

Übersicht der bedarfsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM ¹⁾	Punkte je Fall
101	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	300%	30111, 30120, 30130	9,1 Pkt
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	02312, 02313, 30500, 30501	5,6 Pkt
	Proktologie	200%	03331, 13257, 30600, 30610, 30611	1,2 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	75%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	74,9 Pkt
102	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	04340, 30110, 30111, 30120, 30122, 30123, 30130,	22,2 Pkt
	Pneumologie		13650, 13660, 13661	n.b.
	Neuropädiatrie	30%	16310, 16311	71,8 Pkt
103	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	80%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	960,8 Pkt
104	Kontaktlinsenanpassung	200%	06340, 06341, 06342	4,6 Pkt
	Orthoptik und Pleoptik	200%	06320, 06321	1,9 Pkt
	Elektroophthalmologie		06312	12,3 Pkt
105	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	45,8 Pkt
	Proktologie	200%	08333, 30600, 30610, 30611	77,8 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30760	167,9 Pkt
106	Druckmessung Blase und Urethra	110%	08310	48,4 Pkt
108	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	100%	30110, 30111, 30120, 30130	64,7 Pkt
	Ortoneurologie		09325	16,6 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	14,0 Pkt
109	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	30110, 30111, 30120, 30130	55,3 Pkt
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	15,9 Pkt
	Proktologie	150%	30610	5,7 Pkt
	Dermatologische Lasertherapie		10320, 10322, 10324	n.b.

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
123	Betreuung in beschützenden Einrichtungen	200%	16231, 21231	40,1 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	69,8 Pkt
126	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	02312, 02313	5,8 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	142,9 Pkt
137	Proktologie	200%	30600, 30601, 30610, 30611	52,1 Pkt
	Druckmessung Blase und Urethra	100%	26312, 26313	19,5 Pkt

AG in %: Prozentwert, ab dem im Vergleich zum Arztgruppendurchschnitt ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget gewährt wird (Arztgruppendurchschnitt = 100%).

1) Die abrechnungsfähigen Leistungspositionen richten sich unter anderem nach dem Fachgebiet.

n.b. Zur Zeit nicht benannt, da die Leistungen im Basiszeitraum nicht erbracht bzw. nicht transcodiert wurden.

Anlage zu § 5b Ziffer 4 HVM

AG-Nr.	Arztgruppe	Anteil
103	Fachärzte für Anästhesiologie	0,9567%
104	Fachärzte für Augenheilkunde	10,8522%
105	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie.	9,0656%
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	9,9381%
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,0000%
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	8,6253%
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,9794%
110	Fachärzte für Humangenetik	0,0000%
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	5,4168%
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	0,0000%
113	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	0,0000%
114	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	0,0798%
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	1,3028%
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	0,3791%
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	3,3905%
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	0,0000%
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1,8599%
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	0,2431%
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	0,3468%
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,0907%
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	6,5590%
124	Fachärzte für Neurologie	0,1065%
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	1,5551%
126	Fachärzte für Orthopädie	11,0823%
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	0,0000%
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	0,2794%
129	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	0,0000%

AG-Nr.	Arztgruppe	Anteil
130	Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin	0,0021%
131	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten	0,1322%
132	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,0152%
133	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	1,1479%
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	2,3978%
135	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	0,4974%
136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	2,5901%
137	Fachärzte für Urologie	3,3565%
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	0,3523%
139	Übrige Fachärzte	3,1492%
140	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	8,2503%
103-140	Arztgruppen des Fachärztliche Versorgungsbereich	100,0000%