

Honorarverteilungsmaßstab

der

Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

in der Beschlußfassung

der

Vertreterversammlung

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

vom 10. April 1999

vorbehaltlich der Benehmensherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen
nach § 85 Absatz 4 SGB V

§ 1

Geltungsbereich

1. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) regelt die Verteilung
 - a) der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) von den Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen) des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die diese für die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten 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 Gesamtvergütung für psychotherapeutische Leistungen (gem. Art. 11 des PsychThG vom 16. Juni 1998 i.V. mit Artikel 14 GKV-SolG vom 19. Dezember 1998) von den Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen) des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die diese für die psychotherapeutische Versorgung ihrer Versicherten entrichten, soweit in den Gesamtverträgen nichts anderes vereinbart ist.
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 Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Arztes/Psychotherapeuten über Art und Umfang seiner erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Diesen Leistungsnachweis hat er für jedes Kalendervierteljahr pro Behandlungsfall bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) einzureichen. Die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen im Sinne von § 311 Abs. 2 SGB V sind als Einzelleistungen nachzuweisen. Soweit sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt der Leistungsnachweis nach den getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist - sofern nachstehend nicht abweichend geregelt - der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

2. Die Gesamtvergütungen der Krankenkassen werden gesondert nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen unter Zugrundelegung der gemäß den nachstehenden Vorschriften berechneten vertragsärztlichen Leistungen verteilt.
3. Die Vergütungen der Krankenkassen außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns (Fremdkassen) werden zusammengefaßt verteilt.
4. 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 ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, die Universitäts-Polikliniken mit Sitz in Mecklenburg-Vorpommern 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 6 SGB V in der Fassung des GKV-SolG vom 19.12.1998.
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

Berechnungsfähige Leistungen

1. Berechnungsfähig sind nur die vom Arzt/Psychotherapeuten selbst oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal unter seiner Verantwortung und fachlichen Überwachung ausgeführten Verrichtungen. Leistungen von Vertretern, genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten/Psychotherapeuten darf der Arzt/Psychotherapeuten nur berechnen, wenn die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Wehrübung, von der KVMV genehmigte Vertretung oder Assistenz sowie vom Zulassungsausschuß genehmigter angestellter Arzt/Psychotherapeut).
2. Ziffer 1 gilt ebenfalls für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten im Hinblick darauf, daß die Ermächtigung an die Person des Arztes/Psychotherapeuten gebunden ist und, abgesehen von den Fällen der Ziffer 1 Satz 2, nicht auf andere Ärzte/Psychotherapeuten (z. B. Oberärzte, Assistenzärzte des Krankenhauses) übertragbar ist.
3. Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen, Ringversuchszertifikate) abhängig sind, werden durch die KVMV nur honoriert, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Siehe hierzu auch Anlage zu § 4 HVM.
4. Die Ausführungen von Elektro-Encephalogrammen und deren Honorierung ist auf die Ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie auf die Ärzte für Neurochirurgie beschränkt. Ärzte für Kinderheilkunde können Elektro-Encephalogramme ausführen und berechnen, wenn sie die dafür erforderliche Qualifikation nachweisen.
5. Chirotherapeutische Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 EBM dürfen nur von solchen Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung "Chirotherapie" zu führen und von der KVMV eine Genehmigung erhalten haben.
6. Mutterschaftsvorsorgeleistungen dürfen nur Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnen sowie Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (ÄoG). Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§ 196 RVO) erfolgt nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
7. a) Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen dürfen Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie für Chirurgie, Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und ÄoG durchführen.

- b) Maßnahmen zur Früherkennung bei Männern dürfen Ärzte für Chirurgie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
 - c) Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten dürfen Ärzte für Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
 - d) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern können Ärzte für Kinderheilkunde, Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und ÄoG durchführen. Ärzte für Orthopädie und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie nur dann, wenn sie die Voraussetzungen für die Durchführung des gesamten Untersuchungsprogrammes nach den Richtlinien gemäß Buchstabe e) nachweisen.
 - e) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für alle an der Durchführung der Früherkennungsmaßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.
8. Leistungen im Rahmen sonstiger Hilfen (ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zur Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch) dürfen diejenigen Ärzte abrechnen, die die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.
Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Sonstige Hilfen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für die an der Durchführung dieser Maßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.
9. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält, sowie Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln, deren Kosten gemäß Punkt 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, müssen als Sprechstundenbedarf angefordert werden, wenn sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Verordnung auf den Namen des Versicherten.

§ 5

Nichtberechnungsfähige Leistungen

- 1. Verrichtungen, für die ein Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenversicherung nicht besteht (BMV-Ä, BMV-ÄE), sind nicht berechnungsfähig. Hierzu zählen insbesondere
 - a) Reihen- und Einstellungsuntersuchungen in Betrieben sowie Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit sowie sportärztlicher Tätigkeit,

- b) Schutzimpfungen, für die mit den Krankenkassen keine Honorarvereinbarung getroffen ist,
 - c) badeärztliche Behandlung,
 - d) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Krankenkassen selbst die Kostenträger sind,
 - e) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten,
 - f) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
 - g) Leistungen im Auftrage des Medizinischen Dienstes sowie der Berufsgenossenschaften und anderer Einrichtungen, sofern nicht vertragliche Regelungen entgegenstehen,
 - h) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulose.
2. Nicht abrechnungsfähig sind außerdem - mit Ausnahme von Erste-Hilfeleistungen in dringenden Fällen -
- a) regelmäßige fachfremde Leistungen,
 - b) Leistungen ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Einrichtungen außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
 - c) Leistungen, mit denen der vom überweisenden Arzt/Psychotherapeuten erteilte Auftrag überschritten wird.

§ 6

Prinzip der Leistungsvergütung

1. Budgetierte Fachgruppen
- a) Die Vergütung der im EBM budgetierten Leistungen erfolgt auf der Grundlage arztgruppenbezogener fallzahlabhängiger Praxisbudgets, die sich aus den durchschnittlichen Betriebsausgaben je Arztgruppe und einem einheitlich für alle Arztgruppen festgestellten Ansatz für das Arzteinkommen auf der Grundlage der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Arztgruppen ergibt. Die Berechnung des Praxisbudgets ergibt sich nach der in Anlage 2 der Allgemeinen Bestimmungen A I. B. 1. des EBM angegebenen Formel.

- b) Gemäß Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I. B. 3. des EBM werden die Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets an die regionalen Versorgungsstrukturen angepaßt, wenn sich bei der Berechnung Abweichungen für eine Arztgruppe von mehr als 3 % von den durchschnittlichen über alle Versicherten berechneten Fallpunktzahlen des EBM ergeben. Für die KVMV ergeben sich folgende (vorläufige) Fallpunktzahlen je Behandlungsfall; und es werden nachstehende Fachgruppenkontingente gebildet:

Lfd. FG-Kontingentsnummer	Fachgruppe	Versichertengruppe		
		Alle Versicherten	M/F	Rentner
1	Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte	691	483	1.159
2	Anästhesisten	1.094	1.061	1.227
3	Augenärzte	557	510	623
4	Chirurgen	595	573	668
5	Frauenärzte	492	480	572
6	Hautärzte	554	517	687
7	HNO-Ärzte	701	685	740
8	Hausärztliche Internisten	728	545	976
9	Hausärztliche Kinderärzte	734	734	748
10	Nervenärzte	1.007	927	1.102
	Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.480	1.565	1.225
	Neurologen	1.215	1.215	1.220
11	Orthopäden	716	630	888
12	Urologen	621	556	676
13	Ärztliche Psychotherapeuten ¹⁾	965	980	940
	Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ¹⁾	855	865	835

- ¹⁾ Die Fallpunktzahlen treten ab dem 1. April 1999 in Kraft und entsprechen dem Beschluß des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998.

Im übrigen gelten bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und für Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben, die Allgemeinen Bestimmungen des EBM.

- c) Die Leistungsvergütung für Zusatzbudgets erfolgt fallzahlabhängig auf der Grundlage des regional ermittelten Punktzahlbedarfs der diese Leistungen abrechnenden Ärzte. Die Berechnung der Fallpunktzahl für ein Zusatzbudgets ergibt sich nach folgender Formel:

Punktzahlanforderung der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen des jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert durch die Zahl der budgetrelevanten Fälle gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. B. 1.4 des EBM der ersten beiden Quartale des Jahres 1996.

Für die in den Nummern 4.1 und 4.2 der Allgemeinen Bestimmungen A I.B.4. des EBM aufgeführten Leistungsbereiche werden Zusatzbudgets gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzbudgets nach der Nummer 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen A I.B.4. des EBM, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt. Gegebenenfalls ist zusätzlich der Nachweis einer Qualifikation nach § 135 Abs. 1 und 2 SGB V oder die Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung erforderlich.

Die Zusatzbudgets nach Nummer 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen A I.B.4. des EBM befinden sich in der Anlage zu § 6 Ziffer 1 HVM. Für die Zusatzbudgets nach Nummer 4.2. der Allgemeinen Bestimmungen A I.B.4 des EBM gelten die Vorgaben in der Anlage zu § 6 Ziffer 1 HVM.

2. Nichtbudgetierte Fachgruppen

Nichtbudgetierte Fachgruppen gemäß A I.B.1.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM werden für die Verteilung der Gesamtvergütung nach § 11 HVM zu nachstehenden Fachgruppenkontingenten zusammengefaßt.

lfd. FG-Kontingent-Nr.	Fachgruppe	Bezeichnung der Fachgruppe
1	Internisten Kinderärzte Allgemeinärzte Lungenärzte Kinderchirurgen	Internisten, Kinderärzte, die sich für die fachärztliche Versorgung entschieden haben, Allgemeinärzte die für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind sowie Lungenärzte Fachärzte für Kinderchirurgie
2	Laborärzte/ Fachwissenschaftler für Medizin	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachwissenschaftler der Medizin, (Labordiagnostik) Fachärzte für Transfusionsmedizin,
3	MKG	Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

4	Pathologen Fachwissenschaftler für Medizin	Fachärzte für Pathologie Fachärzte für Neuropathologie Fachwissenschaftler für Medizin (Zytologie)
5	Radiologen	Fachärzte für Radiologie Fachärzte für diagnostische Radiologie
6	Sonstige Fachgruppen	Fachärzte für Neurochirurgie Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie Fachärzte für Humangenetik
7	Krankenhäuser, Ermächtigte Ärzte/ Einrichtungen	Ambulante Leistungen von Krankenhäusern, ermächtigte Ärzte aller Fachrichtungen sowie ermächtigte Einrichtungen/Universitätspolikliniken
8	Nuklearmediziner	Fachärzte für Strahlentherapie Fachärzte für Nuklearmedizin

3. Begrenzung von Leistungsanforderungen

3.1 Die Leistungsanforderungen der Ärzte der budgetierten Fachgruppen gemäß § 6 HVM werden wie folgt begrenzt: Überschreitet die anerkannte individuelle Fallzahl des Arztes 175 % des regionalen quartalsbezogenen Fallzahldurchschnittes des Jahres 1995 seiner Fachgruppe, so wird die Fallpunktzahl in Anlehnung der Allgemeinen Bestimmungen A I.B.2 des EBM für die überschreitenden Fälle um 50 % abgesenkt. Der Vorstand kann auf Antrag des Arztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes Ausnahmen beschließen.

3.2 Die Leistungsanforderungen innerhalb der nichtbudgetierten Fachgruppen gemäß § 6 HVM werden wie folgt begrenzt:

Die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle (kurativ-präventiv/ambulant) werden je Praxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal mit den abgerechneten Behandlungsfällen des Vorjahresquartales verglichen. Sofern die kurativ-präventiv/ambulante Fallzahl des Vorjahresquartales um mehr als 5 % überschritten wird, wird der Leistungsbedarf der überschreitenden Fälle um 10 % abgesenkt.

In begründeten Fällen kann der Vorstand der KVMV auf Antrag des betroffenen Arztes/Psychotherapeuten Ausnahmen von der Begrenzung der Leistungsanforderung beschließen. Begründete Fälle liegen insbesondere dann vor, wenn folgende Kriterien erfüllt werden:

- die Fallzahlüberschreitung durch einen fiktiven Fallzahlzuwachs infolge Krankheit und Urlaub bedingt ist,
- die Fallzahlüberschreitung innerhalb der ersten 13 Quartale nach der Niederlassung erfolgte,
- die Fallzahlentwicklung durch den Statuswechsel von Einzel- und/oder Gemeinschaftspraxen verursacht wurde.

Der Vorstand der KVMV kann auf Antrag des Arztes/Psychotherapeuten im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes Ausnahmen beschließen.

- 3.3 Überschreitet die Fallzahl einer Fachgruppe nach § 6 HVM die Fallzahl des Vorjahresquartales um mehr als 5 %, so wird der Vorstand der KVMV ermächtigt, den angeforderten Leistungsbedarf der Fachgruppe entsprechend der Überschreitung abzusenken; § 2 Ziffer 4 HVM bleibt unberührt.
- 3.4 Sofern die Überschreitungspunktzahl nach Ziffer 3.1 und 3.2 HVM die Geringfügigkeitsgrenze von 1000 Punkten nicht übersteigt, erfolgt keine Kürzung.
- 3.5 Für die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Praxen wird eine Fallzahlbegrenzung von grundsätzlich 700 Gesamt-Behandlungsfällen - chronisch Schmerzkranken und übrige Behandlungsfälle - pro Quartal festgelegt. Innerhalb dieser Obergrenze darf für bis zu 350 chronisch schmerzkranken Patienten die vereinbarte Pauschale abgerechnet werden. Unter der Voraussetzung, daß eine Schwerpunktpraxis mindestens 200 chronisch Schmerzkranken pro Quartal schmerztherapeutisch behandeln soll, ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungsfälle chronisch Schmerzkranker (x) die Anzahl der übrigen Behandlungsfälle (y) entsprechend der Formel:

$$y = - 2 x + 1050 ; \text{ (es gilt: } 200 \leq x \leq 350 \text{).}$$

In den Fällen, in denen weniger als 200 chronisch Schmerzkranken pro Quartal schmerztherapeutisch behandelt werden, kann der Vorstand der KVMV diese untere Begrenzungsfallzahl auf Antrag des Arztes im Einzelfall aussetzen, wenn der Arzt, gemessen an seiner Gesamtbehandlungsfallzahl, überwiegend chronisch Schmerzkranken pro Quartal schmerztherapeutisch behandelt.

Bei Überschreitung der Gesamt-Behandlungsfälle - diese ergibt sich aus der Addition der Behandlungsfälle chronisch Schmerzkranker und der übrigen Behandlungsfälle - wird der Leistungsbedarf der überschreitenden Fälle um 50 % abgesenkt.

- 3.6 Die nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Arztgruppe Radiologen gemäß § 6 Ziffer 2 lfd.-Nr. 5 zur Verfügung stehende Gesamtvergütung wird nach folgenden Grundsätzen verteilt und die angeforderten Leistungen werden wie folgt begrenzt:

Es werden Punktzahlen je Behandlungsfall (Fallpunktzahl) festgesetzt, die abgestaffelt unter Berücksichtigung der Grundsätze nach § 11 HVM vergütet werden. Den einzelnen Punktzahlbereichen werden Fallzahlobergrenzen je Arzt zugeordnet. Die die Fallzahlobergrenze übersteigenden Fälle werden mit einer abgestaffelten Fallpunktzahl berücksichtigt.

Die Fallpunktzahlen, die Fallzahlobergrenzen und die Höhe der Abstufung der Fallpunktzahlen nach Überschreitung der Fallzahlobergrenze ergeben sich aus nachfolgender Aufstellung:

Fallpunktzahl je Behandlungsfall	Abstufung der Fallpunktzahl	Fallzahlobergrenze	Abstufung oberhalb der Fallzahlobergrenze
0-600	100%	2.300	80%
601-1200	93%	2.100	74%
1201-1800	86%	1.900	69%
1801-2400	79%	1.700	63%
2401-3000	71%	1.500	57%
Über 3000	57%	1.300	51%

- 3.7 Die angeforderten Leistungen der Fachärztlichen Internisten gemäß § 6 Ziffer 2 lfd.-Nr. 1 werden im 3. und 4. Quartal 1999 wie folgt vergütet:

Unter Berücksichtigung der Grundsätze nach § 11 HVM wird ein Quartalspunktwert getrennt nach Primär- und Ersatzkassen für das Honorarkontingent der Fachärztlichen Internisten errechnet. Für folgende Untergruppen wird eine Fallpunktzahl je Arzt ermittelt, die 2/3 der Fallpunktzahl des Zeitraumes 3. Quartal 1996 – 2. Quartal 1997 beträgt (Kernfallpunktzahl).

Tabelle 1

Untergruppe	Kernfallpunktzahl
Kinderchirurgen	984
Nephrologen	1.417
Gastroenterologen	1.125
Übrige FÄ-Internisten	998
Kardiologen	1.056
Onkologen	956
Pulmologen	956
Fachärztliche Kinderärzte	1.112

Die Kernfallpunktzahl für Gemeinschaftspraxen mit unterschiedlicher Subspezialisierung errechnet sich aus dem arithmetischen Mittel der beteiligten Untergruppen zzgl. 5 v.H.. Für die Untergruppen wird die jeweilige durchschnittliche Fallzahl je Arzt im Abrechnungsquartal ermittelt. Für die Berechnung der Kernfallpunktzahl der Praxis je Abrechnungsquartal werden folgende Anhebungen bzw. Absenkungen in Abhängigkeit der Fallzahl je Arzt der Praxis zur durchschnittlichen Fallzahl je Arzt der Untergruppe vorgenommen.

Tabelle 2

Æ Fallzahl je Arzt der Untergruppe	Veränderung der Kernfallpunktzahl
0 - 50 %	+ 20 %
Über 50 % - 125 %	+ 10 %
Über 125 % - 150 %	0 %
Über 150%	- 10 %

Der Leistungsbedarf, welcher das Kernpunktzahlvolumen (Kernpunktzahl_{Praxis} x Fallzahl_{Praxis}) überschreitet, wird um 20 v.H. abgestaffelt.²

- 3.8. Der Vorstand der KVMV kann im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes Ausnahmen zu den Regelungen nach 3.6 und 3.7 beschließen.

² Ab dem 1. Quartal 2000 erfolgt eine Anpassung der Regelung nach 3.7 dergestalt, daß das Kernpunktzahlvolumen und das Volumen der restlichen Leistungen mit jeweils einem Punktwert bewertet werden.

§ 7

Berechnung von Honorarforderungen aus belegärztlicher Tätigkeit

1. Belegärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Privatkliniken ist nur insoweit berechnungsfähig, wie sie nicht durch den Pflegesatz an das Krankenhaus bzw. die Privatklinik vergütet wird.
2. Die belegärztliche Tätigkeit hat die Anerkennung als Belegarzt zur Voraussetzung. Das Anerkennungsverfahren als Belegarzt richtet sich nach den Bundesmantelverträgen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
3. Die Abrechnung und Vergütung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach den Bundesmantelverträgen und den auf der Grundlage dieser Bestimmungen geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
4. Für den Leistungsnachweis gilt § 2 Ziffer 1 HVM entsprechend.

§ 8

Behandlungsausweis

1. Honorarforderungen dürfen nur aufgrund eines nach Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte ausgestellten Behandlungsausweises geltend gemacht werden. Von Vertragsärzten* ausgestellte Überweisungsscheine, Belegarztscheine und Vertreterscheine bzw. Notfallbehandlungsscheine stehen diesen gleich.

*(Konsiliarbericht gem. § 28 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 6 a SGB V in der Fassung des Artikels 2 des PsychThG)

2. Verrichtungen, die ein Arzt/Psychotherapeut in seiner eigenen Praxis in Vertretung eines anderen Arztes/Psychotherapeuten ausführt (Notfallbereitschaftsdienst, Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Wehrübung) werden ausschließlich mit dem besonderen Vertreterschein abgerechnet. Der Vertreterschein wird von dem vertretenden Arzt/Psychotherapeuten ausgestellt und abgerechnet.

§ 9

Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Honorarforderungen erfolgt quartalsweise.
2. Die Honorarforderungen sind durch Angabe der Gebührenordnungsnummern auf dem Abrechnungsschein beziehungsweise dem Datenträger nach den ADT-Bestimmungen der KVMV geltend zu machen und unter Verwendung der vorgesehenen Rechnungseinganglisten jeweils bis zum 10. des ersten Vierteljahresmonats für das abgelaufene Vierteljahr bei der Abrechnungsstelle einzureichen. Die Abrechnungsausweise beziehungsweise die Datenträger nach Satz 1 müssen die zur Begründung der Honorarforderung erforderlichen Angaben (Diagnosen, Art der Untersuchung bei bestimmten Laborleistungen) enthalten.
3. Der Arzt/Psychotherapeut ist verpflichtet, der KVMV für jedes Abrechnungsvierteljahr schriftlich zu erklären, daß die Abrechnung den Anforderungen des § 4 Ziffer 1 und 2 des HVM entspricht und sachlich richtig ist sowie zu bestätigen, daß die interne und gegebenenfalls externe Qualitätssicherung bei Laborleistungen durchgeführt wurde.
4. Bei der KVMV abgelieferte Abrechnungsunterlagen können vom Arzt/Psychotherapeuten weder korrigiert noch zurückgefordert werden, es sei denn, er verzichtet auf die Abrechnung einzelner Gebührenpositionen oder Behandlungsfälle aufgrund irrtümlicher Liquidation.
5. Wünscht der Arzt/Psychotherapeut von der KVMV Nachweise über die Auswertung seiner Honorarforderung für einzelne Behandlungsfälle, so kann die KVMV dazu besondere Auflagen für die Rechnungslegung erteilen.
6. Werden die Abrechnungsunterlagen ganz oder teilweise nicht fristgerecht abgeliefert, hat dies die Sperrung der monatlichen Honorarvorauszahlung zur Folge. Für jeden Tag der Überschreitung des Einreichtermins erfolgt zur Deckung des vermehrten Verwaltungsaufwandes eine Honorareinbehaltung von 1 Promille des Honorarumsatzes. Diese Einbehaltung entfällt, wenn auf begründeten Antrag Fristverlängerung erteilt wurde. Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Honorarverteilung berücksichtigt.
7. Die Leistungen eingereicherter Abrechnungen werden zu den Bedingungen des zur Abrechnung anstehenden Quartals abgerechnet und vergütet. Abrechnungsunterlagen werden längstens bis zu einem Jahr nach dem dafür maßgeblichen Einreichtermin entgegengenommen. Später geltend gemachte Honorarforderungen sind verwirkt. Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Honorarverteilung berücksichtigt. In besonders gelagerten Härtefällen kann der Vorstand der KVMV eine Ausnahmeregelung zugestehen.

§ 10

Honorarprüfung

1. Die KVMV überprüft die Abrechnungsunterlagen des Arztes/Psychotherapeuten daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieses HVM in ihrer jeweils gültigen Fassung beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche und rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind dem Arzt/Psychotherapeuten bekanntzugeben.
Über Berichtigungen, die aufgrund zwingender Bestimmungen der Gebührenordnung, der Bundesmantelverträge und dieses HVM erforderlich sind, soll der Arzt/Psychotherapeut informiert werden, wenn es sich um grundsätzliche Fehlanwendungen der Gebührenordnung handelt. Über Widersprüche gegen sachliche oder rechnerische Berichtigungen entscheidet der Vorstand der KVMV.
2. Die nach rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Berichtigung gestellten Honoraranforderungen der Ärzte/Psychotherapeuten sind gemäß § 106 in Verbindung mit § 296 und § 297 SGB V von den Prüfungsgremien nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften der Bundesmantelverträge, des Gesamtvertrages einschließlich Prüfvereinbarung sowie der Satzung der KVMV unter Berücksichtigung der Gesamttätigkeit des Arztes/Psychotherapeuten und aller anzuerkennenden Praxisbesonderheiten auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise zu überprüfen. Soweit Unwirtschaftlichkeit festgestellt wird, können Honorarkürzungen auch in Form prozentualer Abstriche an der Honorarforderung für einzelne oder sämtliche Leistungen oder Leistungsgruppen des Arztes/Psychotherapeuten vorgenommen werden. Honorarberichtigungen, auch solche im Sinne von § 83 Abs. 2 SGB V, bleiben hiervon unberührt.
3. Honorarkürzungen aus einem Abrechnungsvierteljahr können nachträglich im folgenden Vierteljahr aufgerechnet werden.

§ 11

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 Begrenzungsmaßnahme nach § 6 Ziffer 3 HVM. Hierbei werden Versicherte ab dem 65. Lebensjahr unabhängig von ihrem Krankenversicherten-Status mit dem Status "Rentner" berücksichtigt.

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

 Von der ermittelten Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der Verteilungspunktwerte 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 - Pauschalerstattung nach Kapitel U und O des jeweils gültigen EBM

 - b) - Zahlungen aufgrund gesetzlicher bzw. vertraglicher Bestimmungen

 - c) - Leistungen von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst sowie belegärztliche Leistungen zum rechnerischen Quartalspunktwert vor Fachgruppenkontingentierung

 - d) - Zuführung zum Honorarausgleichsfonds nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.

3. Die um die vorstehenden Kosten nach Ziffer 2 a) aa bis ee und Vergütungen bereinigte Gesamtvergütung wird entsprechend der Fachgruppen nach § 6 HVM in Honorarkontingente aufgeteilt. Die jeweiligen Honorarkontingente für die budgetierten Fachgruppen nach § 6 HVM werden entsprechend des Anteils für Leistungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I.B.5. des EBM einerseits und Leistungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I.B.1. und A I.B.4. des EBM andererseits aufgeteilt.

4. Die Honorarkontingente der nichtbudgetierten Fachgruppen gemäß § 6 HVM (Ifd.-Nr. 1-8) werden auf der Grundlage der Summe der Umsätze des Jahres 1994 unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Steigerungsraten zur Veränderung der Gesamtvergütung gebildet. Für die erstmalig an der Honorarverteilung teilnehmenden nichtbudgetierten Ärzte gemäß § 6 HVM (Ifd.-Nr. 1-8) wird das in das jeweilige Fachgruppenkontingent einzustellende Vergütungsvolumen durch alle an der Honorarverteilung Teilnehmenden entsprechend § 3 HVM nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes getragen.

Das Honorarkontingent der Radiologen gemäß § 6 Ziffer 2 (Ifd.-Nr. 5) wird um das Interventionsvolumen für Leistungen¹ des Jahres 1998 dieser Fachgruppe entsprechend der Regelung gemäß § 11 Ziffer 7 des HVM i.d.F. vom 4. April 1998 ergänzt.

Die Honorarkontingente der budgetierten Fachgruppen gemäß § 6 HVM Ifd.-Nr. 1-12 werden durch Multiplikation des Sollumsatzes 1994 gemäß EBM mit der Zahl ihrer Ärzte im Verteilungszeitraum gebildet. Die um die vorstehenden Honorarkontingente der Fachgruppen nach § 6 HVM bereinigte restliche Gesamtvergütung wird proportional auf die Honorarkontingente nach § 6 Ziffer 1 HVM verteilt.

Sofern es zu einer Minderung der Gesamtvergütung aufgrund des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 kommt, wird dies bei der Bildung der Honorarkontingente für alle Fachgruppen gleichmäßig berücksichtigt, Satz 5 findet in diesem Fall keine Anwendung. Diese Honorarkontingente der Fachgruppen gemäß § 6 HVM werden entsprechend den Leistungsanforderungen der Fachgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgegliedert. Die Ermittlung der Verteilungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen. Die Honorarkontingente der Psychotherapeuten gemäß § 6 Ziffer 1 HVM (Ifd.-Nr. 13) werden getrennt nach Primär- und Ersatzkassen entsprechend Art. 11 PsychThG vom 16. Juni 1998 i.V. mit Artikel 14 GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 gebildet.

5. Die Verteilungspunktwerte für Leistungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I.B.1 und A I. B. 4 des EBM werden einheitlich für jede budgetierte Fachgruppe nach § 6 HVM ermittelt.

Unterschreitet der Verteilungspunkt看wert einer budgetierten Fachgruppe nach § 6 HVM (Ifd.Nr. 1-12) den durchschnittlichen Verteilungspunkt看wert der budgetierten Fachgruppen nach § 6 HVM (Ifd.Nr. 1-12) um mehr als 15 % (unterer Grenzwert), wird dieser Verteilungspunkt看wert bis zum Erreichen des unteren Grenzwertes proportional aus den Honorarkontingenten der übrigen budgetierten Fachgruppen nach § 6 HVM (Ifd.Nr. 1-12) gestützt.

Überschreitet der Verteilungspunkt看wert einer budgetierten Fachgruppe nach § 6 HVM (Ifd.Nr. 1-12) den durchschnittlichen Verteilungspunkt看wert der

1

Leistungen	Interventionspunkt看wert
Strahlendiagnostik (Nrn. 5000 bis 5145 und 5160 bis 5165) (Nrn. 5210 bis 5222) – Computertomographie	7,00 DPf
Magnet-Resonanz-Tomographie - MRT (GO-Nrn. 5520, 5521)	7,00 DPf

budgetierten Fachgruppen nach § 6 HVM (Ifd.Nr. 1-12) um mehr als 10 % (oberer Grenzwert), wird der übersteigende Betrag bis zum Erreichen des oberen Grenzwertes in den Honorarausgleichsfonds abgeführt.

Die Verteilungspunktwerte für Leistungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen nach A I.B.5. des EBM werden für jede budgetierte Fachgruppe nach § 6 HVM ermittelt.

6. Die Verteilungspunktwerte für die nichtbudgetierten Fachgruppen nach § 6 HVM werden ebenfalls getrennt für jede Fachgruppe ermittelt. Unterschreitet der Verteilungspunktwert einer Fachgruppe nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummer 2, 3 und 6 HVM den durchschnittlichen Verteilungspunktwert der Fachgruppen nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummer 2, 3 und 6 HVM um mehr als 15 % (unterer Grenzwert), wird dieser Verteilungspunktwert bis zum Erreichen des unteren Grenzwertes proportional aus den Honorarkontingenten der übrigen Fachgruppen nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummer 2, 3 und 6 HVM gestützt. Überschreitet der Verteilungspunktwert einer Fachgruppe nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummern 2, 3 und 6 HVM den durchschnittlichen Verteilungspunktwert der Fachgruppen nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummern 2, 3 und 6 HVM um mehr als 10 % (oberer Grenzwert), wird der übersteigende Betrag bis zum Erreichen des oberen Grenzwertes in den Honorarausgleichsfonds abgeführt.
7. Bei Unterschreitung der unten genannten maximalen Interventionspunktwerte ist sicherzustellen, daß die genannten Leistungen mindestens mit einem um 10 % erhöhten Verteilungspunktwert der jeweiligen Fachgruppen nach Absatz 5 Satz 4 bzw. Absatz 6 vergütet werden, wobei die Ärzte nach § 6 Ziffer 2, laufende Nummer 1 unberücksichtigt bleiben. Als Obergrenze für die Punktwertstützung gelten die nachstehenden maximalen Interventionspunktwerte.

Leistungen	Interventionspunktwert
Interventionelle Kardiologie (GO-Nrn. 625 bis 635)	7,00 DPf
ERCP, hohe Koloskopie (GO-Nrn. 750, 751, 752, 763, 764, 765, 767)	7,00 DPf
Histologische und zytologische Leistungen (GO-Nrn. 155, 168, 4900 bis 4986)	6,00 DPf
Nuklearmed. In-vivo-Diagnostik (GO-Nrn. 5400 bis 5497)	7,00 DPf
Hausärztliche Grundvergütung (GO-Nr. 8066)	8,50 DPf

8. Für den Fall, daß die Partner oder einzelne Partner der Gesamtverträge für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche feste Punktwerte, DM-Pauschalen oder Teilbudgets vereinbaren, ist sicherzustellen, daß diese Leistungen mindestens mit den vereinbarten Punktwerten, den vereinbarten DM-Pauschalen oder mit dem sich aus der Teilbudgetierung ergebenden rechnerischen Punktwerte vergütet werden.

9. Werden Leistungen durch Überweisung an Ärzte anderer Fachgruppen verlagert, kann der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß die zugehörigen Gesamtvergütungsanteile entsprechend korrigieren.
10. Für die Abwicklung der Honorare für Fremdarzt- und Fremdkassenfälle sowie zur Stützung der Verteilungspunktwerte nach § 11 Ziffer 5, 6, 7 und 8 HVM, bei EBM-bedingten strukturellen Verwerfungen in einzelnen Fachgruppenkontingenten sowie gegebenenfalls zu leistender Nachzahlungen / Rückzahlungen wird ein Honorarausgleichsfonds gebildet. Der Vorstand der KVMV ist ermächtigt, über die Höhe der Zuführung (§ 11 Ziffer 2 d) HVM) beziehungsweise Entnahme zu entscheiden. Über den Stand des Honorarausgleichsfonds und seine Verwendung ist die Vertreterversammlung jährlich zu unterrichten.
11. 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 dem Honorarausgleichsfonds zugeführt werden.
Der Vorstand der KVMV kann abweichende Regelungen im Einzelfall beschließen.

§ 12

Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieses HVM und der EBM-Änderungen durch Beschluß des Bewertungsausschusses vom 9. Dezember 1998 für das Jahr 1999 nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen im Einzelfall oder auf der Ebene der Arztgruppe zu verhindern oder abzuschwächen, soweit Mittel hierfür nach § 11 Ziffer 2 d) in Verbindung mit Ziffer 11 HVM zur Verfügung stehen und es nicht um von den Ärzten/Psychotherapeuten 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 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 dem Statuswechsel von Ärzten im Zusammenhang mit der Budgetierung ergeben kann. Auch hierzu ist das Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß der KVMV herzustellen.

§ 13

Zahlungen

1. Die Honorarforderung eines Arztes/Psychotherapeuten entsteht mit der Vorlage der Abrechnung bei der KVMV gemäß § 9 HVM.
2. Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden monatliche Vorauszahlungen geleistet. Ab dem 01.05.1999 bis 31.12.1999 betragen diese grundsätzlich 24 Prozent des Durchschnitts der letzten vier Quartalsabrechnungen.
3. Die Verrechnung der monatlichen Vorauszahlungen erfolgt postnumerando, d. h., daß die in einem Monat geleistete Vorauszahlung abrechnungsmäßig für den vorangegangenen Monat verrechnet wird.
4. Für länger als einen Monat dauernde Krankheit können die Vorauszahlungen reduziert oder bis zur Wiederaufnahme der Praxistätigkeit eingestellt werden, wenn die Praxis nicht durch einen eigenen Vertreter fortgeführt wird.
5. Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden.
6. Bei Eröffnung der Praxis setzt die KVMV die monatlichen Teilzahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach ihrem Ermessen fest.
7. Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluß der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger.
8. Von den Zahlungen an die an der Honorarverteilung Teilnehmenden (§ 3 HVM) werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskosten (vom Hundert-Satz oder Festsatz oder Kombination aus beidem) in Abzug gebracht. Die Verteilungsregelung nach § 11 HVM steht dem Verwaltungskostenabzug nicht entgegen.
9. Bei Beendigung der ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei den Prüfungseinrichtungen der KVMV und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVMV oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluß der anhängigen Verfahren ausgesetzt oder von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.

§ 14

Abrechnungsbescheid

1. Der Arzt/Psychotherapeut erhält von der KVMV einen Abrechnungsbescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung über die für ihn durchgeführte Honorarabrechnung.
2. Gegen den Abrechnungsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVMV eingelegt werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift mit Angabe von Gründen beim Vorstand der KVMV einzulegen. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KVMV. Das Verfahren vor dem Vorstand der KVMV gilt als Vorverfahren gemäß §§ 77 ff. SGG.
3. Im übrigen bleibt das Recht der KVMV, auch nach Eintritt der Bindungswirkung des Abrechnungsbescheides (§ 77 SGG) Berichtigungen vorzunehmen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit ergeben, unberührt.

§ 15

Inkrafttreten

Der Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 1. 7. 1999 in Kraft. Davon abweichend treten die Regelungen nach § 6 Ziffer 1 lfd.-Nr. 13 mit Wirkung zum 1.1.1999 und die Regelungen nach § 13 Ziffer 2 mit Wirkung zum 1.5.1999 in Kraft.

Anlage zu § 4, Ziffer 3 zum HVM KVMV

Quantitative Untersuchungen folgender Meßgrößen (Parameter) unterliegen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer vom 16. Oktober 1987 - Deutsches Ärzteblatt, Heft 11 vom 10. 03. 1988 -. Dies gilt lt. Ergänzung der Richtlinien der Bundesärztekammer vom 17. 12. 1993 - Deutsches Ärzteblatt, Heft 4 vom 28. 01. 1994 - für die mit * gekennzeichneten Parameter auch bei Analysen mit vorportionierten Reagenzien (getrennte Einzelpackungen oder gesonderte Reagenzienträger) z. B. Trockenchemie:

a) Substrate und Elektrolyte	Nr. BMÄ
Bilirubin (gesamt),	3662*
Calcium (gesamt),	3695*
Chlorid,	3697
Cholesterin (gesamt),	3664*
Eisen,	3698*
Gesamt-Eiweiß,	3660*
Glucose,	3661*
Harnsäure,	3668*
Harnstoff,	3669*
Kalium,	3694*
Kreatinin, (Jaffe-Methode),	3670*
Natrium,	3696*
Phosphor (anorganisch),	3700*
Triglyceride,	3667*
Kupfer, (Serum, Harn),	4048 (ähnl.Unters.), 4082
Magnesium,	4069
b) Eiweißfaktoren (Elektrophorese)	
Albumine und Gamma-Globulin	3800
c) Enzym-Aktivitäten	
Kreatinin, enzymatisch,	3671
Alkalische Phosphatase (AP),	3680*
Cholinesterase (EHE),	3691*
Creatin-Phosphokinase (CK),	3687*
Gamma-Glutamil-Transferase (Gamma-GT),	3683*
Glutamat-Dehydrogenase (GLDH),	3689
Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT/AST)	3681*

Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT/ALT)	3682*
Alpha-Amylase,	3685
Lactat-Dehydrogenase (LDH),	3688*
2-Hydroxybutyrat-Dehydrogenase (HBHD),	3690*
Saure Phosphatase (SP),	3692*
Prostataphosphatase,	3693

d) Hormone

Aldosteron,	4248
Cortisol,	4231
Östradiol 17-beta,	4215
Progesteron,	4217
Testosteron und/oder freies Testosteron,	4218
Gesamt-Thyroxin (T 4) / Thyroxin,	3731 oder 4143

e) Pharmaka

Carbamazepin,	3659*/4195
Digoxin,	3659*/4160
Phenobarbital,	3659*/3861*/4181
Phenoytoin,	3659*/4195
Primidon,	3659*/4195
Theophyllin,	3659*/4198
Valproinsäure,	4195

f) Spezifische Proteine

Albumin,	4330
Immunglobulin A,	3740/4343 (im Liquor)
Immunglobulin G,	3741/4343 (im Liquor)
Immunglobulin M,	3742/4343 (im Liquor)
Transferrin	3743

Anlage zu § 6, Ziffer 1 HVM

Übersicht der qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzbudgets
(Allgemeine Bestimmungen A I.B.4. des EBM)

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzbudget	Leistungspositionen des EBM	Fallpunktzahl
Ärzte für Allgemeinmedizin/ Praktische Ärzte	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	205,652,660,666,667,2022,2023,2024	225,0
	Allergologie(Zusatzbezeichnung)	345 bis 359	22,8
	Sonographie	375 bis 389, 398	36,6
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	48,6
	Kardiologie	606,608,609,616,617,618,621,622	5,2
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	668 bis 689	21,0
	Diagnostik von Schlafstörungen	728	26,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	9,2
	Chirotherapie	3210, 3211	37,2
Teilradiologie	5010 bis 5095, 5160 bis 5165	51,6	
Anästhesisten	Psychosomatik	850 bis 858	59,3
Augenärzte	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	345 bis 355, 359	3,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	0,2
	Sonographie	1265 bis 1272	52,0
Chirurgen	Gefäßchirurgie (Teilgebiet) und/oder Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	205,652,660 bis 667, 2022,2023,2024	121,4
	Sonographie	375 bis 389, 398	51,1
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	8,1
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	668 bis 689	75,6
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	0,9
	Chirotherapie	3210, 3211	38,4
	Teilradiologie	5010 bis 5095, 5160 bis 5165	167,7
	Unfallchirurgie	5010 bis 5095, 5160 bis 5165	208,8
Frauenärzte	Sonographie	377, 398	1,4
	transkavitäre Sonographie	388	21,7
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	44,5
	Teilradiologie	5024,5051 bis 5062,5080 bis 5095,5160 bis 5165	134,7

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzbudget	Leistungspositionen des EBM	Fallpunktzahl
Hautärzte	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	205,652,660,666,667,2022,2023,2024	12,6
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	345 bis 355, 358, 359	27,1
	Sonographie	389, 398	n. b.
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	668 bis 689	18,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	6,8
HNO-Ärzte	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	345 bis 355, 359	77,6
	Sonographie	375, 384, 389, 398	38,0
	Diagnostik von Schlafstörungen	728	12,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	2,6
	Otoakustische Emmissionen	1599	3,7
	Phoniatrie und Pädaudiologie (Teilgebiet), Audiologie	1612 bis 1653	124,2
	Phoniatrie und Pädaudiologie Übergangsregelung bis 31.12.1999	1614,1620,1622,1624,1640,1642,1644,1653	47,6
	Chirotherapie	3210,3211	3,1
	Teilradiologie	5010,5011,5012,5013,5030,5032,5034,5050	38,5
Hausärztliche Internisten	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	205,652,660,666,667,2022,2023,2024	108,0
	Allergologie	345 bis 359	41,0
	Sonographie	375 bis 389, 398	96,6
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	11,0
	Kardiologie	606,608,609,616,617,618,621,622	41,7
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	668 bis 689	51,2
	Diagnostik von Schlafstörungen	728	20,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	9,1
	Chirotherapie	3210, 3211	9,9
	Teilradiologie	5010 bis 5095,5160 bis 5165	89,6
Hausärztliche Kinderärzte	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	345 bis 359	25,9
	Sonographie	375 bis 389, 398	23,0
	Kinderkardiologie*)	606,608,609,616,617,618,621,622	24,3
	Kinder- und Jugendpsychiatrie**)	820 bis 822, 840 bis 849	487,5
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	10,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	3,9

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzbudget	Leistungspositionen des EBM	Fallpunktzahl
Neurologen Nervenärzte Punktzahlanforderung des Jahres 1995 aus Kap. G I mind. 30 % der Gesamtpunktzahlanforderung	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	23,0
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	668 bis 689	122,4
	Diagnostik von Schlafstörungen	728	27,0
	Chirotherapie	3210,3211	22,0
	Kinder- und Jugendpsychiatrie		413,0
Psychiater Nervenärzte Punktzahlanfordg. des Jahres 1995 aus Kap. G I mind. 30% der Gesamtpunktzahlanforderung	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	8,7
	Sonographische Untersuchungen	668 bis 689	105,5
	Diagnostik von Schlafstörungen	728	30,0
	Chirotherapie	3210,3211	53,0
	Kinder- und Jugendpsychiatrie		377,8
Orthopäden	Sonographie	384, 398	48,9
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	41,3
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	4,8
	Chirotherapie	3210, 3211	129,6
	Teilradiologie	5010 bis 5037, 5160 bis 5165	191,4
Urologen	transkavitäre Sonographie	388	4,8
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	40,5
	Dopplerunters. Genitalbereich	1745, 1746	10,0
	Teilradiologie	5060 bis 5062,5080 bis 5083, 5095, 5160 bis 5165	121,3

*) nur für Kinderärzte mit dem Schwerpunkt "Kinderkardiologie"

***) nur für Kinderärzte mit der zusätzlichen Weiterbildung zum "Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie"

n. b. - zur Zeit nicht bekannt, da Leistung im 1. Halbjahr 1996 nicht erbracht wurde

Anlage zu § 6, Ziffer 1 HVM

Anerkennungskriterien für bedarfsgebundene Zusatzbudgets

B.- Nr.	Budget	ALL		ANÄ		AUG		CHI		GYN		DER		HNO	
		AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ
1	Betreuung in beschützten Einrichtungen	200	11,9		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
2	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	300	11,8		0,0		0,0	150	47,8	150	10,6	150	18,9		0,0
3	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200	11,7		0,0		n.b.		0,0		n.b.	150	34,3	200	77,2
4	Proktologie	200	2,6		n.b.		n.b.	200	143,4		0,0	150	13,0		n.b.
5	Schmerzth.(ohne Genehmigung)	300	21,1	40	119,1		0,0	200	74,2		0,0		0,0	150	21,7
6	Sonographie (Gefäßuntersuchungen)		0,0		n.b.		n.b.		0,0		n.b.		0,0		n.b.
7	Pneumologie	300	6,6	200	190,4		n.b.		0,0		0,0		n.b.		0,0
8	Neuropädiatrie		0,0		0,0		0,0		n.b.		0,0		n.b.		0,0
9	Kontaktlinsen Anpass.		n.b.		n.b.	200	3,6		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
10	Orthoptik u.Pleoptik		0,0		n.b.	200	13,9		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
11	Fluoreszenzangiograph.		n.b.		n.b.	150	26,4		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
12	Elektroophthalmologie		0,0		n.b.		26,1		n.b.		n.b.		n.b.		0,0
13	Laserchirurgie		n.b.		n.b.	110	40,6		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
14	Otoneurologie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		49,9
15	Dermat.Lasertherapie		n.b.		n.b.		0,0		0,0		n.b.		18,9		n.b.
16	Druckmess.Blase,Urethra		n.b.		0,0		n.b.		n.b.	110	24,4		n.b.		0,0
17	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	75	874,6	80	1005,6		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.

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

FPZ : Fallpunktzahl für das bedarfsabhängige Zusatzbudget

(HA) : an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte

n. b. : nicht benannt

Anlage zu § 6, Ziffer 1 HVM

Anerkennungskriterien für bedarfsgebundene Zusatzbudgets

B.- Nr.	Budget	INT(HA)		PÄD(HA)		NEU		PSY		ORT		URO	
		AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ	AG%	FPZ
1	Betreuung in beschützten Einrichtungen	150	34,8	150	33,7	200	24,6	150	37,5		n.b.		n.b.
2	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	300	7,7		0,0		n.b.		0,0	200	14,3		0,0
3	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150	9,0	150	21,3		n.b.		n.b.		0,0		0,0
4	Proktologie	150	77,9		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.	200	163,5
5	Schmerzth.(ohne Genehmigung)	130	21,9		n.b.	200	131,4	300	95,4	1)	163,2	200	14,7
6	Sonographie (Gefäßuntersuchungen)		n.b.		n.b.		n.b.	120	n.b.		n.b.		0,0
7	Pneumologie	150	43,7	140	9,6		n.b.		0,0		0,0		0,0
8	Neuropädiatrie		n.b.	30	96,7		0,0		0,0		0,0		0,0
9	Kontaktlinsenanpass.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
10	Orthoptik u.Pleoptik		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
11	Fluoreszenzangiograph.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
12	Elektroophthalmologie		n.b.		0,0		0,0		0,0		n.b.		n.b.
13	Laserchirurgie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
14	Otoneurologie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
15	Dermat.Lasertherapie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
16	Druckmess.Blase,Urethra		n.b.		n.b.	100	76,5	100	18,8		0,0	100	38,1
17	Schmerztherapie (mit Genehmigung)		n.b.		n.b.		n.b.	100	174,8		n.b.		n.b.

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

FPZ : Fallpunktzahl für das bedarfsabhängige Zusatzbudget

(HA) :an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte

n. b. :nicht benannt

1) Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung "Chirotherapie" und Nachweis einer abgeschlossenen Fortbildung "Neuraltherapie" zertifiziert durch die Ärztekammer
Die Änderung tritt zum 01.07.1998 in Kraft.