

**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  
Frau Dr. Buch  
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 Fuge  
Herr Hahn  
Herr Harbig  
Frau Kolbaum  
Herr Altewischer  
Herr Kutzbach  
Frau Hansen

AOK Mecklenburg-Vorpommern  
Bundesknappschaft  
BKK Landesverband NORD  
IKK Landesverband Nord  
Krankenkasse für den Gartenbau  
VdAK/AEV Landesvertretung M-V  
VdAK/AEV Landesvertretung M-V

aufgrund mündlicher Verhandlung am 29.11.2004 folgenden Vertragsinhalt festgesetzt:

## **I. Vertragsinhalt**

### **Vereinbarung zum Honorarverteilungsmaßstab gemäß § 85 Abs. 4 SGB V**

zwischen

#### **Kassenärztlichen 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**

### **Grundsatz**

- (1) Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist der ab dem 01.07.2004 anzuwendende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zu vereinbaren.
- (2) Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V hat durch Beschlüsse in seiner 88., 89. und 93. Sitzung empfohlen, für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis zum 31.03.2005 den bisher gültigen HVM fortzuführen.
- (3) In Umsetzung dieser Beschlüsse regelt dieser Verteilungsmaßstab übergangsweise die Verteilung der von den Krankenkassen auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage gezahlten Gesamtvergütungen für das III. und IV. Quartal 2004 und das 1. Quartal 2005.
- (4) Eine präjudizierende Wirkung für den Zeitraum nach dem 31.03.2005 wird ausdrücklich ausgeschlossen. Eine Bindungswirkung für die Zeit nach dem 31.03.2005 ist nicht gegeben; § 5 Abs. 2 bleibt unberührt.

## **§ 2**

### **Übergangsregelung**

Für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis zum 31.03.2005 findet der HVM in der Fassung der Anlage 1 Anwendung.

## **§ 3**

### **Haftungsausschluss der Krankenkassen**

- (1) Sollten wegen der verzögerten Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen gem. § 85 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 85 Abs. 4a SGB V Honorarbescheide für das III. und IV. Quartal 2004 und das 1. Quartal 2005 nachträglich geändert werden müssen, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütung.
- (2) Soweit bisher zu einzelnen Änderungen des HVM von den Krankenkassen kein Benehmen hergestellt worden ist, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der KV MV.
- (3) Soweit der Vorstand der KV MV Änderungen/Anpassungen in der Honorarverteilung ohne Einvernehmen mit den Vertragspartnern entsprechend den hierzu in der Anlage 1 vorgesehenen Regelungen vornimmt, haftet die KV für alle anfallenden Kosten.

## **§ 4**

### **Anschlussvereinbarung**

- (1) Im Anschluss an diese Vereinbarung nehmen die Vertragspartner unverzüglich die HVV-Verhandlungen für die Zeit ab 01.04.2005, unter Berücksichtigung und Zugrundelegung der entsprechenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses, auf.
- (2) Die KV MV und die Krankenkassen bilden dazu eine Arbeitsgruppe. Die KV MV und die Krankenkassen liefern alle im Zusammenhang mit den HVV-Verhandlungen auszutauschenden Informationen; insbesondere ist dies auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 und der übrigen einschlägigen gesetzlichen und bundesmantelvertraglichen Regelungen vorzunehmen, um hiermit zum Ziel einer Honorargerechtigkeit beizutragen.

## **§ 5**

### **Geltungszeitraum**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2004 in Kraft und endet am 31.03.2005.
- (2) Unabhängig von der Regelung des Absatzes 1 gilt diese Vereinbarung für den Fall weiter, sofern und soweit der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 neuerlich ausgesetzt wird und das In-Kraft-Treten des EBM und der Regelleistungsvolumina auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird.

**Anlage 1** zum Beschluss des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern vom 29.11.2004

**§ 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) Einrichtungen 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. Fachärzte I**

Die Vergütung der im EBM aufgeführten Leistungen für Primär- und Ersatzkassen erfolgt für die in Ziffer 1.1. aufgeführten Arztgruppen auf der Grundlage von arztgruppenbezogenen Punktzahlgranzvolumen (PZV), sowie arztgruppenbezogenen Grund- und Zusatzmodulen.

##### **1.1. Punktzahlgranzvolumen (PZV), Grundmodule und Regelbereich**

Die arztgruppenbezogenen Punktzahlgranzvolumen werden auf Basis der anerkannten Punktzahlen des Jahres 2002 berechnet. Die arztgruppenbezogenen Grundmodule werden auf Basis der anerkannten Punktzahlen des Jahres 2002, dividiert durch die Zahl der relevanten Behandlungsfälle nach Ziffer 1.1.4. des Jahres 2002 als Fallpunktzahlen jeweils getrennt für Mitglieder/Familienangehörige (M/F) und Rentner (R) berechnet. Die Punktzahlgranzvolumen und die Grundmodule werden als 75tes Quantil im Regelbereich ermittelt. Der Regelbereich ergibt sich nach Bereinigung der Punktzahlen um folgende Bereiche:

- a) Prävention, Substitution,
- b) Ambulantes Operieren,
- c) hausärztliche Grundvergütung,
- d) belegärztliche Versorgung,
- e) organisierter Notdienst,
- f) Psychotherapie (Kapitel G IV des EBM),
- g) Leistungen nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen),
- h) Anfragen der Krankenkassen
- i) Zusatzmodule nach den Ziffern 1.2 – 1.4
- j) Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen,
- k) Vorquartalsabrechnungen
- l) Sonstige regionale Einzelleistungsvergütungen

Die arztgruppenbezogenen Punktzahlgranzvolumen und Grundmodule sind nachfolgend aufgeführt.

FG-Nr.	Fachgruppe <sup>1</sup>	PZV	M/F	R
101	Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte	841.000	559	1.201
102	Anästhesisten	402.000	770	1.079
103	Augenärzte	1.298.000	603	693
104	Chirurgen	833.000	643	753
105	Frauenärzte	813.000	493	522
106	Hautärzte	1.048.000	498	619
107	HNO-Ärzte	1.070.000	737	734
108	Hausärztliche Internisten	942.000	643	1.053
109	Hausärztliche Kinderärzte	765.000	767	749
110	Nervenärzte, Neurologen	1.114.000	1.033	1.094
	Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,	719.000	1.286	1.451
111	Orthopäden	1.189.000	644	874
112	Urologen	1.179.000	640	694
113	Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte mit mehr als 90% ihres Gesamtleistungsbedarfes aus GIV., GV. und den GO-Nrn. 855-858 nach Abschn. GIII, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	27.000	330	434

### 1.1.1 Punktzahlgranzvolumen und Grundmodule bei Gemeinschaftspraxen

Die für Gemeinschaftspraxen und für Praxen mit angestellten Dauerassistenten (§ 92 Abs. 9 SGB V, § 32 b Ärztezulassungsverordnung) zutreffenden Punktzahlgranzvolumen und Grundmodule werden als arithmetische Mittelwerte der arztgruppenbezogenen Punktzahlgranzvolumen und Grundmodule der beteiligten bzw. angestellten Ärzte zuzüglich eines prozentualen Aufschlages von:

- 10 % für Gemeinschaftspraxen zwischen Hausärzten (FG-Nrn. 101, 108 und 109) oder Fachärzten derselben Gebietsbezeichnung,
- 5 % je Fachgruppe bei Gemeinschaftspraxen zwischen Fachärzten verschiedener Gebietsbezeichnungen, maximal 35 %,
- 5 % je Fachgruppe bei Gemeinschaftspraxen zwischen Fachärzten und Hausärzten (die beteiligten Hausärzte zählen insgesamt als eine Fachgruppe), maximal 35 %

errechnet.

### 1.1.2 Bei der Berechnung der Punktzahlgranzvolumen und Grundmodule für fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen nach Maßgabe von Ziffer 1.1.1 bleiben

<sup>1</sup> Fachärzte mit der Zulassung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer weiteren Fachrichtung werden entsprechend ihres Schwerpunktes eingeordnet

Ärzte der Gebietsbezeichnungen, die in Ziffer 1.1 nicht aufgeführt sind, unberücksichtigt. Die zutreffenden Punktzahlgrenzvolumen und Grundmodule ergeben sich aus der Ermittlung des arithmetischen Mittelwertes nur der in Ziffer 1.1 aufgeführten Arztgruppen. Für die Grundmodule wird die Anzahl aller Behandlungsfälle und für das Punktzahlgrenzvolumen die Anzahl der Ärzte/Psychotherapeuten gemäß Ziffer 1 der fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxis berücksichtigt.

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Kinderärzten wird bei der Berechnung der Grundmodule für Rentner der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Kinderärzte gebildet. Die Berechnung des prozentualen Aufschlages bleibt davon unberührt.

### 1.1.3. **Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen**

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der arztgruppenbezogenen Punktzahlgrenzvolumen und Grundmodule als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen Punktzahlgrenzvolumen und Grundmodule nach Ziffer 1.1 errechnet. Ziffer 1.1.2 gilt entsprechend.

### 1.1.4. **Relevante Behandlungsfälle**

Relevante Fälle sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 1, Satz 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U - mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach den Nrn. 7180, 7181, 7200 und 7215 - abgerechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

## 1.2. **Gebietsbezogene und bedarfsabhängige Zusatzmodule**

Für die in der Anlage I und II zu dieser Ziffer aufgeführten Leistungsbereiche werden Zusatzmodule gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die gebietsbezogenen Zusatzmodule (Anlage I), wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt. Gegebenfalls ist zusätzlich der Nachweis einer Qualifikation nach § 135 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V oder die Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung erforderlich. Der Vorstand kann auf Antrag des Arztes bedarfsabhängige Zusatzmodule (Anlage II) zuerkennen, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.

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.

Die Zusatzmodule werden, mit Ausnahme des Zusatzmoduls "Allergologie" für Hautärzte, als Fallpunktzahl aus den Punktzahlen der für ein Zusatzmodul berechtigten Ärzte einer Arztgruppe der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 dividiert durch die Zahl der relevanten Fälle nach Ziffer 1.1 der ersten beiden Quartale Jahres 1996 berechnet.

Für das Zusatzmodul "Allergologie" für Hautärzte wird die Fallpunktzahl wie folgt ermittelt:

Punktzahlanforderung je Fall der Dermatologen mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "Allergologie" der Leistungen nach den Nrn. 345 bis 355, 358 und 359 des EBM der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 vermindert um die entsprechende Punktzahlanforderung je Fall der Dermatologen ohne Zusatzbezeichnung.

### 1.3. Zusatzmodule bei besonderem Versorgungsbedarf

Der Vorstand kann auf Antrag des Vertragsarztes im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Erweiterung der Punktzahlgrenzvolumen, Grund- und Zusatzmodule gewähren.

### 1.4. 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.

## 2. Fachärzte I I

Folgende Fachgruppen werden für die Verteilung der Gesamtvergütung nach § 5b HVM zu nachstehenden Fachgruppenkontingenten zusammengefasst.

FG-Nr.	Fachgruppe <sup>2</sup>	Bezeichnung der Fachgruppe
201	Internisten Kinderärzte Allgemeinärzte Lungenärzte Kinderchirurgen	Internisten, Kinderärzte nach § 73 Abs. 1a S. 3 f. SGB V, Allgemeinärzte, die für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind sowie Lungenärzte Fachärzte für Kinderchirurgie
202	Laborärzte/ Fachwissenschaftler für Medizin	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Fachwissenschaftler der Medizin, (Labordiagnostik) Fachärzte für Transfusionsmedizin,
203	MKG	Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
204	Pathologen Fachwissenschaftler für Medizin	Fachärzte für Pathologie Fachärzte für Neuropathologie Fachwissenschaftler für Medizin (Zytologie)

<sup>2</sup> 2 Fachärzte mit der Zulassung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer weiteren Fachrichtung werden entsprechend ihres Schwerpunktes eingeordnet

205	Radiologen	Fachärzte für Radiologie Fachärzte für diagnostische Radiologie
206	Sonstige Fachgruppen	Fachärzte für Neurochirurgie Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie Fachärzte für Humangenetik
207	Krankenhäuser, Ermächtigte Ärzte/ Einrichtungen	Ambulante Leistungen von Krankenhäusern, ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten aller Fachrichtungen sowie ermächtigte Einrichtungen, Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag gemäß § 311 Abs. 2 SGB V
208	Nuklearmediziner	Fachärzte für Strahlentherapie Fachärzte für Nuklearmedizin

### 3. Begrenzung von Leistungsanforderungen

#### 3.1. Begrenzung von Leistungsanforderungen der Ärzte nach § 4 Ziffer 1.1.

- a) Überschreitet das individuelle Punktzahlvolumen des Arztes (IPZV I) das Punktzahlgrenzvolumen nach Ziffer 1.1 seiner Arztgruppe (PZV), so wird das überschreitende Punktzahlvolumen um 50 % abgesenkt. Das individuelle Punktzahlvolumen des Arztes (IPZV I) ergibt sich aus den anerkannten Leistungsanforderungen des Arztes im abzurechnenden Quartal im Regelbereich nach Ziffer 1.1.
- b) Überschreitet die Summe der nach a) verbleibenden individuellen Punktzahlvolumen der Ärzte (IPZV II) einer Fachgruppe die kumulierten Punktzahlvolumen der Ärzte dieser Fachgruppe, die sich aus der Multiplikation der arzt-spezifischen Behandlungsfälle (M/F und R) und den entsprechenden Grundmodulen und Zusatzmodulen errechnen, werden die überschreitenden arzt-spezifischen Punktzahlvolumen bis zum Erreichen des um 5 v.H. erhöhten Leistungsbedarfes der Fachgruppe des 3. bzw. 4. Quartals 2002 nach Ziffer 3.2. quotiert.

#### 3.2. Begrenzung von Leistungsanforderungen der Ärzte nach § 4 Ziffern 1.1. und Ziffer 2.

Entsprechend des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses werden die Leistungsanforderungen je Fachgruppe im 3. und 4. Quartal 2003 begrenzt. Der zum Zeitpunkt der Auszahlung ohne Quotierung oder Abstaffelung anerkannte Leistungsbedarf in Punkten aller abrechnenden Vertragsärzte einer Arztgruppe im 3. und 4. Quartal 2003 darf den anerkannten Leistungsbedarf aller abrechnenden Vertragsärzte je Arztgruppe des 3. und 4. Quartals 2002 um nicht mehr als 5% überschreiten. Ausgenommen hiervon ist der Leistungsbedarf der hausärztlichen Grundvergütung und der Leistungen nach den EBM-Nrn. 202 bis 204 sowie vertraglich vereinbarte Kosten des Kapitels O (EBM-Nrn. 3450 bis 4826), des Kapitels U und der Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen (s. Ziffer 1.1.).

Überschreitet der anerkannte Leistungsbedarf einer Fachgruppe<sup>3</sup> den Leistungsbe-

<sup>3</sup> Nach Anwendung der Leistungsbegrenzungen nach den Ziffern 3.1, 3.4, 3.5, 3.6 und 3.9.

darf der Fachgruppe des 3. bzw. 4. Quartals 2002 um mehr als 5 %, so wird der angeforderte Leistungsbedarf der Fachgruppe entsprechend der Überschreitung abgesenkt; § 2 Ziffer 4 HVM bleibt unberührt.

Leistungsanforderungen des 3. und 4. Quartals 2002:

FG-Nr.	Fachgruppe <sup>1)</sup>	3. Quartal 2002	4. Quartal 2002
101	Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte	779.400.000	769.136.000
102	Anästhesisten	18.682.000	19.699.000
103	Augenärzte	122.795.000	127.211.000
104	Chirurgen	79.584.000	73.715.000
105	Frauenärzte	146.965.000	148.574.000
106	Hautärzte	60.105.000	64.584.000
107	HNO-Ärzte	87.405.000	90.675.000
108	Hausärztliche Internisten	134.283.000	140.949.000
109	Hausärztliche Kinderärzte	79.400.000	86.206.000
110	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,	92.030.000	96.222.000
111	Orthopäden	128.388.000	128.652.000
112	Urologen	59.765.000	63.465.000
113	Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte mit mehr als 90% ihres Gesamtleistungsbedarfes aus GIV., GV. und den GO-Nrn. 855-858 nach Abschn. GIII, Ärzte für Psychothe- rapeutische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychothera- peuten	1.654.000	1.726.000
201	Internisten Kinderärzte Allgemeinärzte Lungenärzte Kinderchirurgen	222.331.000	231.545.000
202	Laborärzte/ Fachwissenschaftler für Medizin	2.446.000	2.111.000
203	MKG	1.156.000	1.231.000
204	Pathologen Fachwissenschaftler für Medizin	18.123.000	20.319.000
205	Radiologen	155.766.000	155.050.000
206	Sonstige Fachgruppen	21.626.000	22.134.000
207	Krankenhäuser, Ermächtigte Ärzte/ Einrichtungen	138.833.000	131.539.000
208	Nuklearmediziner	49.234.000	48.926.000

<sup>1)</sup> Fachärzte mit der Zulassung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer weiteren Fachrichtung werden entsprechend ihres Schwerpunktes eingeordnet

3.3 Sofern die Überschreitungspunktzahl nach den Ziffern 3.1 und 3.2 HVM die Geringfügigkeitsgrenze von 1000 Punkten nicht übersteigt, erfolgt keine Kürzung.

- 3.4 Für die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Praxen wird eine Fallzahlbegrenzung von grundsätzlich 700 Gesamt-Behandlungsfällen - chronisch Schmerzranke und übrige Behandlungsfälle je Arzt und Quartal festgelegt. Innerhalb dieser Obergrenze darf für bis zu 350 chronisch schmerzranke Patienten die vereinbarte Pauschale abgerechnet werden. Unter der Voraussetzung, dass eine Schwerpunktpraxis mindestens 200 chronisch Schmerzranke je Arzt und Quartal schmerztherapeutisch behandeln soll, ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungsfälle chronisch Schmerzranke (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 Schmerzranke je Arzt und Quartal schmerztherapeutisch behandelt werden, kann der Vorstand der KVMV diese untere Begrenzungszahl auf Antrag des Arztes im Einzelfall aussetzen, wenn der Arzt, gemessen an seiner Gesamtbehandlungszahl, überwiegend chronisch Schmerzranke pro Quartal schmerztherapeutisch behandelt.

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

- 3.5 Die nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Arztgruppe Radiologen gemäß § 4 Ziffer 2 FG-Nr. 205 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 § 5a-c HVM vergütet werden. Den einzelnen Punktzahlbereichen werden Fallzahlbergrenzen je Arzt zugeordnet. Die die Fallzahlbergrenze übersteigenden Fälle werden mit einer abgestaffelten Fallpunktzahl berücksichtigt.

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

Fallpunktzahl je Behandlungsfall	Abstufung der Fallpunktzahl	Fallzahl-obergrenze	Abstufung oberhalb der Fallzahlbergrenze
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%

- 3.6 Die angeforderten Leistungen der Fachärztlichen Internisten gemäß § 4 Ziffer 2 FG-Nr. 201 werden wie folgt vergütet:

Unter Berücksichtigung der Grundsätze nach § 5a-c 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

<b>Untergruppe</b>	<b>Kernfallpunktzahl</b>
Kinderchirurgen	1.003
Nephrologen	1.540
Gastroenterologen	973
Übrige FÄ-Internisten	988
Kardiologen	1.076
Onkologen	1.155
Pulmologen	976
Fachärztliche Kinderärzte	1.132

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

<b>Æ Fallzahl je Arzt der Untergruppe</b>	<b>Veränderung der Kernfallpunktzahl</b>
0 – 50 %	+ 20 %
Über 50 % - 100 %	+ 10 %
Über 100 % - 125 %	0 %
Über 125 % - 150 %	- 10 %
Über 150%	- 30 %

Der Leistungsbedarf, welcher das Kernpunktzahlvolumen ( $\text{Kernpunktzahl}_{\text{Praxis}} \times \text{Fallzahl}_{\text{Praxis}}$ ) überschreitet, wird um 20 v.H. abgestaffelt.

- 3.7. Der Vorstand der KVMV kann im Einzelfall zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes Ausnahmen zu den Regelungen nach den Ziffern 3.1.-3.6. beschließen.
- 3.8. Die angeforderten zeitabhängigen Leistungen Abschnittes G IV. des EBM der Fachgruppe gemäß § 4 Ziffer 1 FG-Kontingent Nr. 113 werden bis zu einer Grenze von 561.150 Punkten je Quartal und Arzt/Psychotherapeut vergütet.

- 3.9 Die Leistungen nach den GoNrn. 17, 18, 42, 44 und 851 sind je Arzt und Abrechnungsquartal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulantem Fälle des Arztes ergibt.

Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen der Fachgruppen nach § 4 Ziffer 2:

<b>Fachgruppe</b>	<b>Punkte je Fall</b>
Allgemeinärzte, Internisten mit den Schwerpunkten Rheumatologie oder Hämatologie und internistische Onkologie, Psychiater, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiater	220
Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, übrige fachärztliche Internisten, Chirurgen, fachärztliche Kinderärzte	60
Übrige Arztgruppen	30

## § 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 Begrenzungsmaßnahme nach § 4 Ziffer 3 HVM. Hierbei werden Versicherte ab dem 65. Lebensjahr unabhängig von ihrem Krankenversicherter-Status mit dem Status "Rentner" berücksichtigt.
2. Von der Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung entsprechend der Richtlinie des Bewertungsausschusses vom 16. Februar 2000 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 gemäß § 87 Abs. 2a SGB V als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen. Die Hausärztliche Grundvergütung darf nur einmal je Versicherten und Arzt im Quartal abgerechnet werden.
  - gg - Pauschalerstattung nach Kapitel U 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 Versorgung<sup>4</sup> gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen<sup>5</sup>) als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen
- d) Laborvergütung entsprechend § 5c Ziffer 5

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Ohne Leistungen des EBM -Kapitels O, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00

- 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. 4a 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. 1c 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.

### **§ 5a**

#### **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 Fachgruppen der FG.-Nrn. 101, 108, 109 zusammengefasst.
- 2. Die Ermittlung der Punktwerte erfolgt auf der Grundlage nachstehender Regelungen:  
  
Von der ermittelten hausärztlichen Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der Verteilungspunktwerte vorweg abgezogen:
  - a) Leistungen von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notfalldienst nach § 2 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern für Primärkassen mit 4,60 Cent und für Ersatzkassen mit 5,10 Cent,
  - b) Leistungen nach den GO-Nrn. 860 bis 870 von Vertragsärzten nach Ziffer 1 zum Punktwert nach § 5b Ziffer 5 Satz 1f und Leistungen nach den GO-Nrn. 871 bis 884 zum Punktwert nach § 5b Ziffer 5 Satz 3;
  - c) belegärztliche Leistungen mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4,
  - d) Zuführung zum Honorarausgleichsfonds der Hausärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
- 4. Das Honorarkontingent der Fachgruppen gemäß § 4 Ziffer 1.1 FG.-Nr 101, 108, 109 HVM wird entsprechend den Leistungsanforderungen dieser Fachgruppen 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. Die Verteilungspunktwerte für Leistungen gemäß § 4 Ziffern 1.1 –1.4 werden zusammengefaßt für die Fachgruppen nach § 4 Ziffer 1.1 Lfd.-Nrn. 101, 108, 109 HVM ermittelt.
6. Die Vergütung der hausärztlichen Grundvergütung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen zu den rechnerischen Quartalspunktwerten die sich aus den Teilbudgets nach § 5 Ziffer 2a) ff ergeben.
7. Die Vergütung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen<sup>6</sup>) erfolgt mit den Punktwerten nach § 5 Ziffer 4.
8. Die Vergütung der Leistungen nach den GO-Nrn. 763<sup>7</sup>, 764, 765, 767 und 768 erfolgt zum rechnerischen Punktwert, welcher sich aus dem nach § 5b Ziffer 9 Satz 1 gebildeten Teilbudget und dem entsprechenden Leistungsbedarf aller Ärzte ergibt. Überschreitet der sich rechnerisch ergebende Punktwert 4,1 Cent, wird der überschreitende Betrag in die jeweiligen Honorarausgleichsfonds eingestellt. Unterschreitet der sich rechnerisch ergebende Punktwert 2,5 Cent, wird dieser Punktwert aus den Honorarausgleichsfonds nach § 5c Ziffer 3 sichergestellt.

## § 5b

### Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung

1. Die Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung nach § 5 Ziffer 3 HVM erfolgt für die in § 4 Ziffer 1.1 FG.-Nrn. 102-107, 110-113 und Ziffer 2 HVM aufgeführten Fachgruppen jeweils getrennt.
2. Die Ermittlung der Punktwerte erfolgt auf der Grundlage nachstehender Regelungen:

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

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

- a) Leistungen von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notfalldienst nach § 2 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg Vorpommerns für Primärkassen mit 4,60 Cent und für Ersatzkassen mit 5,10 Cent,

---

<sup>6</sup> Ohne Leistungen des EBM -Kapitels O, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00

<sup>7</sup> Die Leistungsposition 763 wird zum 1. Januar 2003 gestrichen und gilt hier nur im 4. Quartal 2002.

- b) belegärztliche Leistungen und Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung<sup>8</sup> gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4,
- c) Zuführung zum Honorarausgleichsfonds der Fachärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Die um die vorstehenden Vergütungen nach Ziffer 2 bereinigte und um die nach § 5 Ziffer 2a) gg erhöhte Gesamtvergütung wird entsprechend der Fachgruppen nach Ziffer 1 in Honorarkontingente aufgeteilt.
4. Die Honorarkontingente der Fachgruppen (Fachgruppenkontingent) gemäß § 4 Ziffer 1.1 Lfd.-Nrn. 102-107,110-112 und § 4 Ziffer 2 HVM werden nach folgender Formel ermittelt:

$$\text{Fachgruppenkontingent} = \text{Fachgruppenanteil}_{\text{Vorjahr}} \times \text{Gesamtvergütung}_{\text{akt.Quartal}} \times \frac{\text{Fachgruppenarztzahl}_{\text{akt.Quartal}}}{\text{Fachgruppenarztzahl}_{\text{Vorjahr}}}$$

Der prozentuale Anteil der einzelnen Fachgruppe an der Gesamtvergütung des Vorjahres (Fachgruppenanteil<sub>Vorjahr</sub>) wird auf der Basis der erfolgten Vergütung des Vorjahres bereinigt um die Vergütung der Prävention, die Vergütung im Notdienst sowie die Vergütung von belegärztlichen Leistungen, Dialysesachkosten und Sachkosten für die LDL-Elimination, die Vergütung der Laborleistungen des Kapitels O, die Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen nach Ziffer 5 und weiterer Vergütungen aufgrund vertraglicher bzw. gesetzlicher Regelungen ermittelt. Die Vertreterversammlung wird über die prozentualen Anteile der einzelnen Fachgruppe jährlich unterrichtet.

Die Entwicklung der abrechnenden Ärzte innerhalb der einzelnen Honorarkontingente der Fachgruppen wird mittels eines Anpassungsfaktors berücksichtigt. Dieser ergibt sich aus der Division der Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe des zur Verteilung anstehenden Quartals (Fachgruppenarztzahl<sub>akt.Quartal</sub>) und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Fachgruppe des Vorjahres (Fachgruppenarztzahl<sub>Vorjahr</sub>).

Die Summe der Honorarkontingente der Fachgruppen ist ins Verhältnis zur aktuellen fachärztlichen Gesamtvergütung des Quartals nach § 5b HVM (Gesamtvergütung<sub>akt.Quartal</sub>) nach Abzug der in § 5b Ziffer 2 und 5 genannten Vergütungen zuzüglich der Pauschalerstattung nach Kapitel U des jeweils gültigen EBM zu setzen. Die Honorarkontingente der Fachgruppen sind entsprechend proportional anzupassen.

Diese Honorarkontingente der Fachgruppen gemäß § 4 Ziffer 1 FG.-Nrn. 102-107,110-112 und Ziffer 2 HVM werden entsprechend den Leistungsanforderungen der Fachgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgliedert. Die Bewertung der Leistungsanforderungen erfolgt dabei mit den rechnerischen Punktwerten der jeweiligen Kassengruppe. Die Ermittlung der Vertei-

<sup>8</sup> 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 O, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00.

lungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen.

5. Für psychotherapeutische Leistungen nach Kapitel G IV des EBM der Fachgruppen nach Ziffer 1 sowie für die übrigen Leistungen der Psychotherapeuten gemäß § 4 Ziffer 1 HVM (Ifd.-Nr. 13) 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 G IV Leistungen der Vertragsärzte nach § 5a 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. 871 bis 884 des EBM aller Fachgruppen nach Ziffer 1 angewendet.
6. Die Verteilungspunktwerte für Leistungen gemäß § 4 Ziffern 1.1 –1.4 werden nach Abzug der Vergütung des Kapitel U EBM, sowie der Pauschalerstattungen innerhalb der Gesamtvergütungen einheitlich für jede Fachgruppe nach § 4 Ziffer 1 HVM ermittelt.
7. Die Verteilungspunktwerte für die Fachgruppen nach § 4 Ziffer 2 HVM werden nach Abzug der Vergütung des Kapitel U EBM, sowie der Pauschalerstattungen innerhalb der Gesamtvergütungen ebenfalls getrennt für jede Fachgruppe ermittelt.
8. Bei Unterschreitung der unten genannten maximalen Interventionspunktwerte ist sicherzustellen, dass die genannten Leistungen mindestens mit einem um 10 % erhöhten Verteilungspunktwert der jeweiligen Fachgruppen nach Ziffer 6 Satz 4 vergütet werden. Als Obergrenze für die Punktwertstützung gelten die nachstehenden maximalen Interventionspunktwerte.

<b>Leistungen</b>	<b>Interventionspunktwert</b>
Interventionelle Kardiologie (GO-Nrn. 625 bis 635)	3,60 Cent
ERCP (GO-Nrn. 750, 751, 752)	3,60 Cent
Histologische und zytologische Leistungen (GO-Nrn. 168, 4900 bis 4986)	3,10 Cent
Nuklearmed. In-vivo-Diagnostik (GO-Nrn. 5400 bis 5497)	3,60 Cent

9. Auf Basis der Vergütung der Leistungen nach den GO-Nrn. 763, 764, 765, 767, 768 aller Ärzte im Jahr 2001 zzgl. der Vergütung entsprechend der Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV zur Finanzierung der Neueinführung der Früherkennungs-Koloskopie in den EBM und Qualitätssicherungsmaßnahmen der kurativen Koloskopie zum 1. Oktober 2002 wird ein Teilbudget gebildet.  
Die Vergütung der Leistungen nach den GO-Nrn. 764, 765, 767 und 768 erfolgt zum rechnerischen Punktwert, welcher sich aus dem nach Satz 1 gebildeten Teilbudget und dem entsprechenden Leistungsbedarf aller Ärzte ergibt.

Überschreitet der sich rechnerisch ergebende Punktwert 4,1 Cent, wird der überschreitende Betrag in die jeweiligen Honorarausgleichsfonds eingestellt.  
Unterschreitet der sich rechnerisch ergebende Punktwert 2,5 Cent, wird dieser Punktwert aus den Honorarausgleichsfonds nach § 5c Ziffer 3 sichergestellt.

### **§ 5c**

#### **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 Fachgruppen 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 § 5a und § 5b des HVM nicht überschreitet.
3. Für die Abwicklung der Honorare für Fremdarzt- und Fremdkassenfälle sowie zur Stützung der Verteilungspunktwerte nach § 5a Ziffer 8, § 5b Ziffern 8 und 9 sowie § 5c Ziffer 1 HVM, bei EBM-bedingten strukturellen Verwerfungen in einzelnen Fachgruppenkontingenten sowie gegebenenfalls zu leistender Nachzahlungen/Rückzahlungen werden Honorarausgleichsfonds gebildet. Der Vorstand der KVMV ist ermächtigt, über die Höhe der Zuführung (§ 5a Ziffer 2d) und § 5b Ziffer 2c) HVM) beziehungsweise Entnahme zu entscheiden. Über den Stand der Honorarausgleichsfonds und ihrer Verwendung ist die Vertreterversammlung 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 O erfolgt durch nachstehend aufgeführte Punktwerte:

<b>Leistungen nach Kapitel O</b>	<b>GONR</b>	<b>Punktwert</b>
Laborgrundgebühr	3450	3,10 Cent
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O	3452	3,60 Cent
Grundpauschale	3454,3456	3,10 Cent

Das nach der Vergütung der Punktzahlleistungen verbleibende Honorarvolumen wird für die Vergütung der übrigen Leistungen des EBM Kapitel O 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 O entsprechend quotiert.

## **§ 6**

### **Ausnahmeregelung**

1. Da die Auswirkungen dieses HVM, der EBM - Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlung 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 § 5a Ziffer 2d) und § 5b Ziffer 2c) HVM in Verbindung mit § 5c Ziffer 4 HVM zur Verfügung stehen und es sich 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 ergeben kann.

**Anlage I zu § 4, Ziffer 1.2 HVM**

Übersicht der qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzmodul	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	53,4
	<b>Kardiologie</b>	<b>606</b>	<b>5,2</b>
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	671,672	21,0 <sup>9</sup>
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	9,2
	Chirotherapie	3210, 3211	37,2
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	9,0
	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

<sup>9</sup> KBV-Wert, da Leistungen im 1. Hj. 1996 nicht erbracht wurden

Arztgruppe	Qualifikationsgebundenes Zusatzmodul	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 31.12.2003	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 (Zusatzbezeichnung)	345 bis 359	41,0
	Sonographie	375 bis 389, 398	96,6
	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	11,0
	<b>Kardiologie</b>	<b>606</b>	<b>41,7</b>
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	671, 672	27,1
	Psychosomatik, Übende Verfahren	850 bis 858	9,1
	Chirotherapie	3210, 3211	9,9
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 Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Fallpunktzahl
Neurologen Nervenärzte Punktzahlanfordg. des Jahres 1995 aus Kap. G I mind. 30% der Gesamtpunkt- Zahlanforderung	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 we- niger als 30% der Gesamtpunkt- Zahlanforderung	Physikalische Therapie	503,504,507,509,511,512,524	9,6
	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	45,4
	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 II zu § 4, Ziffer 1.2 HVM

**Anerkennungskriterien für bedarfsgebundene Zusatzmodule**

B.-Nr.	Modul	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	100	40,0
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	Kontaktlinsenadapt.		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	Elektroophthalmologie		0,0		n.b.		26,1		n.b.		n.b.		n.b.		0,0
12	Laserchirurgie		n.b.		n.b.	110	40,6		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
13	Otoneurologie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		49,9
14	Dermat.Lasertherapie		n.b.		n.b.		0,0		0,0		n.b.		18,9		n.b.
15	Druckmess.Blase,Urethra		n.b.		0,0		n.b.		n.b.	110	24,4		n.b.		0,0
16	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 Zusatzmodul gewährt wird  
(Arztgruppendurchschnitt = 100%)

FPZ : Fallpunktzahl für das bedarfsabhängige Zusatzmodul

(HA) : an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte

n.b. : nicht benannt

## Anlage II zu § 4, Ziffer 1.2 HVM

**Anerkennungskriterien für bedarfsgebundene Zusatzmodule**

B.-Nr.	Modul	INT(HA)		PAD(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	Kontaktlinsenadapt.		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	Elektroophthalmologie		n.b.		0,0		0,0		0,0		n.b.		n.b.
12	Laserchirurgie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
13	Otoneurologie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
14	Dermat.Lasertherapie		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.		n.b.
15	Druckmess. Blase, Urethra		n.b.		n.b.	100	76,5	100	18,8		0,0	100	38,1
16	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 Zusatzmodul gewährt wird  
(Arztgruppendurchschnitt = 100%)

FPZ : Fallpunktzahl für das bedarfsabhängige Zusatzmodul

(HA) : an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte

n.b. : nicht benannt

1) Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung "Chirotherapie" und Nachweis einer abgeschlossenen Fortbildung "Neuraltherapie" zertifiziert durch die Ärztekammer