



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Vertragsabteilung -

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 16 01 45 | 19091 SCHWERIN

Ihr Ansprechpartner:
Frau Schlegel

--

Neumühler Strasse 22
19057 SCHWERIN
Telefon: (0385) 7431 - 0
Durchwahl: (0385) 7431 - 217
Telefax: (0385) 7431 - 112

eMail: vertrag@kvmv.de

An alle niedergelassenen und
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
psychologische Psychotherapeuten
sowie Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Zeichen

--

Ihre Nachricht vom

--

Unsere Zeichen

SI

Datum

15. März 2006

Rundschreiben Nr. 8/2006

Honorarverteilungsmaßstab ab dem 1. Quartal 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Rundschreiben Nr. 27/2005 vom 2. Dezember 2005 hatten wir Sie über den Inhalt des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), der von der KVMV beim Landesschiedsamt ab dem 1. Quartal 2006 beantragt werden sollte, informiert. Im Verlauf des Dezember 2005 konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erreicht werden, dass diese den von der KVMV beantragten HVM akzeptieren. Das noch im Jahr 2005 durch die KVMV eingeleitete Unterschriftenverfahren konnte nunmehr, nach Unterzeichnung des letzten Kassenverbandes, abgeschlossen werden. Inhaltlich gibt es einige wenige Ergänzungen bzw. Änderungen zwischen dem HVM des 4. Quartals 2005 und dem jetzt unterzeichneten HVM für das 1. - 4. Quartal 2006, die wir im folgenden kurz erläutern möchten.

1. In der Anlage zu § 4 Ziffer 1 des HVM wurden zum 1. Quartal 2006 für die Arztgruppe der Internisten mit Schwerpunkt für Angiologie und für die Arztgruppe der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie Kernfallzahlen aufgenommen. Bis zum letzten Quartal gab es keine entsprechenden Ärzte in der Niederlassung.

2. In § 4 Ziffer 1.1 Arztgruppe 141 wurde folgende Klarstellung eingefügt: „des fachärztlichen Versorgungsbereichs“.
3. Die KVMV und die Krankenkassen haben sich hinsichtlich der Haftungsregelung nach § 8 auf die bereits im 4. Quartal 2005 geltende Regelung verständigt.

Alle weiteren Regelungen des beiliegenden Honorarverteilungsmaßstabes entsprechen dem bereits mit Rundschreiben Nr. 27/2005 vom 2. Dezember 2005 zugesandten Antrag der KVMV an das Landesschiedsamt. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die inhaltlichen Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab für das 4. Quartal 2005 (Rundschreiben Nr. 22/05 vom 9. September 2005). Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass alle Rundschreiben und auch der HVM auf unserer Website (www.kvmv.de) zu finden sind.

Mit freundlichen Grüßen



Axel Rambow

Anlage: HVM der KVMV ab dem 1. Januar 2006

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

zwischen

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

(nachfolgend KV MV)

- einerseits -

und

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

BKK-Landesverband NORD

IKK-Landesverband Nord

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

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

(nachfolgend Krankenkassen)

- andererseits -

§ 1

Geltungsbereich

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

§ 2

Grundlagen der Verteilung der Gesamtvergütung

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

§ 3

Teilnahme an der Honorarverteilung

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

richtungen sowie die Nicht-Vertragsärzte und Krankenhäuser für die Behandlung von Notfällen.

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

§ 4

Prinzip der Leistungsvergütung

1. Ermittlung und Festsetzung von Regelleistungsvolumen

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

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

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

Weiterhin werden die Leistungen im Regelleistungsvolumen bis zu einer Behandlungsfallzahl (Kernfallzahl; FZ_{Kern}) gem. der Anlage zu dieser Ziffer Spalte 3 als Kernleistungen definiert. Die Kernfallzahl wird wie folgt ermittelt:

$$FZ_{Kern} = \frac{AGT_{Basiszeitraum} \times 70\%}{4,0 Ct. \times FPZ_{RLV}}$$

Variable/Const.	Bedeutung
AGT _{Basiszeitraum}	Vergütung der Arztgruppe ohne die Vergütung für Leistungen nach den Ziffern 4.1 und 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 im Zeitraum 2. Halbjahr 2003 – 1. Halbjahr 2004
FPZ _{RLV}	Fallpunktzahl der Arztgruppe ohne Differenzierung in Grund- und Zusatzmodule nach Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004
4,0 Ct.	Fester Punktwert im Kernbereich

Alle übrigen Leistungen im Regelleistungsvolumen werden als Degressionsleistungen definiert. Leistungen, welche das Regelleistungsvolumen überschreiten werden als Mehrleistungen definiert.

Die in Teil III. Ziffer 4. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen. Regelleistungsvolumen finden keine Anwendung für ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Institutionen, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

1.1. Grundmodule

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

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

Die arztgruppenbezogenen Grundmodule sind nachfolgend aufgeführt.

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte 0-5 Jahre	Versicherte 6-59 Jahre	Versicherte ab 60 Jahren
101	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	472	489	875
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	526	361	-
103	Fachärzte für Anästhesiologie	282	338	311
104	Fachärzte für Augenheilkunde	563	514	655

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte 0-5 Jahre	Versicherte 6-59 Jahre	Versicherte ab 60 Jahren
105	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie , Neurochirurgie ¹ .	729	716	876
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	334	317	423
107*	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	681	681	545
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	643	683	658
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	290	394	454
110*	Fachärzte für Humangenetik	6.282	3.040	7.099
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	256	924	1.043
112*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	1.438	1.438	1.636
113*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	-	-	-
114**	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	743	743	696
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	421	1.396	1.586
116*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	990	990	1.420
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	714	1.429	1.418
118*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	718	1388	1496
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	416	1.234	1.327
120*	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	1.018	1.018	1.090
121*	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	1.164	1.078	386
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	300	319	302
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	1.146	1.140	1.096
124*	Fachärzte für Neurologie	881	881	834
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	2.283	2.081	2.570
126	Fachärzte für Orthopädie	331	580	691
127*	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	1.164	1.334	756
128*	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	1.245	1.083	1.055
129*	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	1.245	1.083	1.055
130*	Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin	keine Regelleistungsvolumen		
131	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten	keine Regelleistungsvolumen		

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

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte 0-5 Jahre	Versicherte 6-59 Jahre	Versicherte ab 60 Jahren
132*	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	keine Regelleistungsvolumen		
133*	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	426	662	708
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	311	893	1.108
135**	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	3.089	2.691	2.756
136**	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	595	1.858	1.816
137	Fachärzte für Urologie	349	473	543
138*	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	360	1.301	1.596
139	Übrige Fachärzte	keine Regelleistungsvolumen		
140	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	keine Regelleistungsvolumen		
141*	Allgemeinärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Schmerztherapie, welche für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind und Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches, welche an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen	211	768	993

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

** Diese Fallpunktzahlen sind aufgrund fehlerhafter Transcodierung abweichend vom Basiszeitraum vorläufig auf Basis der Leistungsmengen und Fallzahlen des 2. Quartals 2005 errechnet worden und bedürfen einer Prüfung und ggf. Anpassung nach Vorlage weiterer Abrechnungsquartale.

Die Zuordnung zur jeweiligen Arztgruppe der Radiologen nach den AG-Nrn. 133 bis 136 erfolgt in Gemeinschaftspraxen in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Geräten (CT bzw. MRT) der Praxis sowie der Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen (CT und MRT) der einzelnen Partner der Gemeinschaftspraxis.

Auf Antrag der Gemeinschaftspraxis wird eine abweichende Zuordnung der einzelnen Partner der Gemeinschaftspraxis zu den AG-Nrn. 133 bis 136 gewährt. In diesem Fall können durch den jeweiligen Partner nur die seiner Zuordnung (und Genehmigung) entsprechenden Leistungen abgerechnet werden.

Soweit nach Vorliegen erster Abrechnungsergebnisse Unplausibilitäten z.B. hinsichtlich der Transcodierung des Leistungsbedarfes festgestellt werden, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, angemessene Korrekturen zu beschließen.

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

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

1.1.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

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

1.1.3. Ärzte mit mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen

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

1.1.4. Relevante Behandlungsfälle

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

1.2. Zusatzmodule

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

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

1.2.1. Qualifikationsgebundene Zusatzmodule

Für die in der Anlage zu dieser Ziffer aufgeführten Leistungspositionen werden Zusatzmodule gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die qualifikationsgebundenen Zusatzmodule, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt. Gegebenenfalls ist zusätzlich der Nachweis einer Qualifikation nach § 135 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V oder die Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung erforderlich.

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

1.2.2. Bedarfsabhängige Zusatzmodule

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

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

1.3. Berechnung der Fallpunktzahlen für Zusatzmodule bei Gemeinschaftspraxen

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

1.4. Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung

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

1.5. Fallzahlgrenzen

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

1.6. Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelungen

Praxen bzw. med. Versorgungszentren deren Behandlungsfallzahl 150% der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Arztgruppe überschreitet sind für die überschreitenden Fälle im Fallzahlzuwachs begrenzt. Sofern die Behandlungsfallzahl des Vorjahresquartals der Praxis bzw. des med. Versorgungszentrums um mehr als 5 % der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe überschritten wird, werden die überschreitenden Fälle nicht für die Bemessung des Regeleistungsvolumens herangezogen.

Erläuterung:

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Praxen, die Fallzahlen über 150% der Fachgruppe aufweisen, im Fallzahlzuwachs auf maximal 5% des Fachgruppenschmittes begrenzt werden.

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

1.7. Psychotherapie

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

1.8. Schmerztherapie

Für die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Praxen wird eine Fallzahlbegrenzung von grundsätzlich 700 Gesamt-Behandlungsfällen - chronisch Schmerzkrankte und übrige Behandlungsfälle je Arzt und Quartal festgelegt. Unter der Voraussetzung, daß eine Schwerpunktpraxis mindestens 200 chronisch Schmerzkrankte je Arzt und Quartal schmerztherapeutisch behandeln soll, ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungsfälle chronisch Schmerzkranker (x) die maximale 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 Schmerzkrankte je Arzt und 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 Schmerzkrankte 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 vor Anwendung der Regelungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.6 um 50 % abgesenkt.

§ 5

Verteilung der Gesamtvergütung

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

Für die Leistungsvergütung werden Verteilungskontingente gebildet

- 1.1. Von der Gesamtvergütung werden die von den Krankenkassen mit Bezug auf § 140 d Abs. 1 und 2 SGB V gemeldeten Einbehaltungen von bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung vorab abgezogen. Nicht verwendete Mittel nach

§ 140 d Absatz 1 Satz 5 werden der Gesamtvergütung vorab zugeführt. Satz 1 gilt für die Mittel nach § 140 d Absatz 2 entsprechend.

Über die Verteilung der maximalen 1%igen Abzugsquote für Verträge der integrierten Versorgung entscheidet die Vertreterversammlung der KVMV auf Vorschlag des Vorstandes.

2. Von der Gesamtvergütung werden zur Ermittlung der trennungsrelevanten Gesamtvergütung entsprechend der jeweils gültigen Richtlinie des Bewertungsausschusses entsprechend § 85 Abs. 4a SGB V vorweg abgezogen:
 - a) aa - Dialyse-Sachkosten
 - bb - Sachkosten für die LDL-Elimination
 - cc - sonstige Sachkosten nach besonderen Vereinbarungen
 - dd - Pauschalerstattungen - Bereitschaftsgebühren im Rahmen belegärztlicher Tätigkeit
 - ee - weitere nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung zu erstattende Kosten oder zu vergütende Leistungen
 - ff - die Vergütung der Hausärztlichen Grundvergütung (GO-Nrn. 03000, 04000) gemäß § 87 Abs. 2a SGB V als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen. Die Hausärztliche Grundvergütung darf nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.
 - gg - Pauschalerstattung nach Kapitel 40 des jeweils gültigen EBM
 - b) Zahlungen aufgrund gesetzlicher bzw. vertraglicher Bestimmungen
 - c) die Vergütung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung² gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen³) als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen
 - d) Laborvergütung entsprechend § 5 c Ziffer 5
 - e) der im Jahr 1999 auf die Erstattungspsychotherapie gem. Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG entfallende Anteil des psychotherapeutischen Ausgabenbudgets
3. Die nach den Richtlinien des Bewertungsausschusses entsprechend § 85 Abs. 4 a SGB V ermittelte hausärztliche und fachärztliche Gesamtvergütung wird jeweils getrennt verteilt.

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

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

4. Für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen und der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen) werden getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen jeweils ein rechnerischer Quartalspunkt看wert vor der Trennung der Gesamtvergütung nach Ziffer 3 ermittelt.
5. Über- oder unterschreitet der für eine Arztgruppe mit Regelleistungsvolumen nach § 4 Ziffer 1.1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punkt看wert (PW_{AG}) (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppenkopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Verteilungskontingente) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punkt看wert ($PW_{HA/FA}$) um mehr als 10 %, wird eine Anpassung des Arztgruppenkontingentes in folgender Höhe vorgenommen:

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

§ 5 a

Verteilung der hausärztlichen Gesamtvergütung

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

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

- a) Die in Ziffer 4.1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen werden, soweit sie nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, grundsätzlich mit dem rechnerischen Punkt看wert des Arztgruppenkontingentes (PW_{AG}) bzw. wie folgt vergütet.
 - aa) Leistungen von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notfalldienst nach § 2 Abs. 1 der Notdienstordnung der Kassenärztli-

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

chen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden für Primärkassen mit 4,60 Cent und für Ersatzkassen mit 5,10 Cent vergütet.

bb) Leistungen der antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35200 bis 35225 werden zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 3 vergütet.

cc) Belegärztliche Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet.

- b) Soweit die Leistungen der nicht antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35100 bis 35150 nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, werden diese Leistungen zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 1 f vergütet.
- c) Zuführungen zum Honorarausgleichsfonds der Hausärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Das Honorarkontingent der Arztgruppen nach Ziffer 1 wird entsprechend den Leistungsanforderungen dieser Arztgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgliedert. Die Ermittlung der Verteilungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen.
4. Die Kernleistungen werden grundsätzlich mit einem festen Punktwert (Kernleistungspunktwert) in Höhe von 4,0 Ct. vergütet. Die Degressions- und Mehrleistungen werden mit einem Punktwertverhältnis von 2:1 vergütet. Die Punktwerte ergeben sich nach Abzug der Vergütung der Kernleistungen aus den verbleibenden Honorarkontingenten nach Ziffer 3 und den gewichteten Degressions- und Mehrleistungen. Gegebenenfalls ist durch Vergütungsausgleich innerhalb des Verteilungskontingentes sicherzustellen, dass der Punktwert für die Degressionsleistungen maximal 4,0 Ct. beträgt. Der Ausgleich erfolgt dabei mit dem Kernleistungsbereich.
5. Die Vergütung der hausärztlichen Grundvergütung (GO-Nrn. 03000, 04000) gemäß § 87 Abs. 2 a SGB V erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen zu den rechnerischen Quartalspunktwerten die sich aus den Teilbudgets nach § 5 Ziffer 2 a) ff ergeben.
6. Die Vergütung der Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 c SGB V (KO-Leistungen⁵) erfolgt mit den Punktwerten nach § 5 Ziffer 4.

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

§ 5 b

Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung

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

VK-Nr.	Verteilungskontingent (Honorargruppe)	zugehörige AG-Nrn. gem. § 4 Ziffer 1.1
601	Anästhesisten	103 und 141
602	Augenärzte	104
603	Chirurgen	105, 122
604	Gynäkologen	106 und 107
605	HNO-Ärzte	108 und 127
606	Dermatologen	109
607	fachärztliche Internisten (mit Schwerpunkt)	110, 112 bis 116 und 119 bis 120
608	Nervenärzte und Psychiater	121, 123, 124, 128 und 129
609		
610	Nuklearmediziner	125
611	Orthopäden	126 und 138
612	fachärztliche Internisten (ohne Schwerpunkt)	111
613	Radiologen mit Vorhaltung von MRT	135 bis 136
614	Urologen	137
615	Kardiologen	117 und 118
616	Radiologen ohne Vorhaltung von MRT	133 bis 134
701	Fachärzte ohne RLV	139
702	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	140

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

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

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

- a) Die in Ziffer 4.1. des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 aufgeführten Leistungen werden, soweit sie nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, grundsätzlich mit dem rechnerischen Punktwert des Verteilungskontingentes (PW_{VK}) bzw. wie folgt vergütet.

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

bb) Belegärztliche Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet.,

- b) Leistungen nach § 4 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung⁶ gemäß § 73 Abs. 1c SGB V (KO-Leistungen werden mit dem Punktwert nach § 5 Ziffer 4 vergütet,
- c) Zuführungen zum Honorarausgleichsfonds der Fachärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Die um die Vergütungen nach Ziffer 2 a) Unterpunkte aa) und bb), b) und c) und um die Vergütung nach Ziffer 5 bereinigte Gesamtvergütung des fachärztlichen Versorgungsbereiches wird entsprechend der Verteilungskontingente nach Ziffer 1 aufgeteilt.
4. Die Verteilungskontingente nach Ziffer 1 werden wie folgt ermittelt:

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

Der prozentuale Anteil der einzelnen Arztgruppe an der Gesamtvergütung (Arztgruppenanteil_{Basisjahr}) wird auf der Basis der Vergütung des Zeitraumes vom 3. Quartal 2003 bis zum 2. Quartal 2004 (Basiszeitraum) ermittelt. Die Vergütung wird dabei in Analogie zu Ziffer 3 um die in dieser Ziffer aufgeführten Bereinigungen im Basiszeitraum abgesenkt. Der Arztgruppenanteil der AG-Nr. 125 (Fachärzte für Nuklearmedizin) wird zusätzlich um die Vergütung für Radionuklide (Europaschalen) auf Basis der Abrechnung des 2. Quartals 2005 bereinigt. Die sich ergebenden Arztgruppenanteile sind in der Anlage zu dieser Ziffer dargestellt. Der Vorstand wird beauftragt, bei Arztgruppen, welche in der Berechnung der relativen Arztgruppen im Basiszeitraum mit weniger als 5 Ärzten eingegangen sind, zu prüfen, ob die der Arztgruppe im aktuellen Abrechnungsquartal zugeordneten Ärzte hinsichtlich Ihres Leistungsumfanges den Ärzten im Basiszeitraum entsprechen und ggf. angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen.

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

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

Die Arztgruppenkontingente sind entsprechend Ziffer 1 zu Verteilungskontingenten zusammenzufassen.

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

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

5. Für psychotherapeutische Leistungen nach den Go-Nrn. 35130, 35131, 35140, 35141, 35142 und 35150 sowie nach dem Kapitel 35.2 des EBM der Arztgruppen nach Ziffer 1 sowie für die übrigen Leistungen der Psychotherapeuten gemäß § 4 Ziffer 1 HVM (AG-Nrn.130, 131 und 132) werden Teilbudgets getrennt nach Primär- und Ersatzkassen auf der Grundlage des Art. 11 PsychThG vom 16. Juni 1998 i. V. mit Artikel 14 GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 gebildet. Die Teilbudgets sind um den Anteil der psychotherapeutischen Leistungen der Vertragsärzte nach § 5 a des HVM im Jahr 1996 zu bereinigen. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4a SGB V werden entsprechend für die GO-Nrn. 35200 bis 35225 des EBM aller Arztgruppen angewendet.
6. Die Kernleistungen werden grundsätzlich mit einem festen Punktwert (Kernleistungspunktwert) in Höhe von 4,0 Ct. vergütet. Die Degressions- und Mehrleistungen werden mit einem Punktwertverhältnis von 2:1 vergütet. Die Punktwerte ergeben sich nach Abzug der Vergütung der Kernleistungen und der Vergütung nach Ziffer 2 a) mit Ausnahme der Unterpunkte aa) und bb) aus den verbleibenden Honorarkontingenten nach Ziffer 4 und den gewichteten Degressions- und Mehrleistungen. Gegebenenfalls ist durch Vergütungsausgleich innerhalb des Verteilungskontingentes sicherzustellen, dass der Punktwert für die Degressionsleistungen maximal 4,0 Ct. beträgt. Der Ausgleich erfolgt dabei mit dem Kernleistungsbereich.
Die verbleibenden Leistungen in den Verteilungskontingenten 701 (Fachärzte ohne RLV) und 702 (Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) werden mit den sich jeweils rechnerisch ergebenden Punktwerten vergütet.

§ 5 c

Sonstige Verteilungsgrundsätze für die hausärztliche und fachärztliche Gesamtvergütung

1. Für den Fall, dass die Partner oder einzelne Partner der Gesamtverträge für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche feste Punktwerte, Pauschalen oder Teilbudgets vereinbaren, ist sicherzustellen, dass diese Leistungen mindestens mit den vereinbarten Punktwerten, den vereinbarten Pauschalen oder mit dem sich aus der Teilbudgetierung ergebenden rechnerischen Punktwerten bzw. Pauschalen vergütet werden.
2. Werden Leistungen an Ärzte anderer Arztgruppen verlagert, kann der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß die zugehörigen Gesamtvergütungsanteile entsprechend korrigieren.

Für die erstmalig in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen und medizinisch notwendige Leistungsentwicklungen, kann der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß die entsprechenden Gesamtvergütungsanteile anpassen, soweit die Vergütungshöhe dieser Anpassung 10 v. H. der vertraglich vereinbarten Steigerungen der Gesamtvergütung nach § 5 a und § 5 b des HVM nicht überschreitet.

3. Für die Abwicklung der Honorare für Fremdarzt- und Fremdkassenfälle sowie bei EBM-bedingten strukturellen Verwerfungen in einzelnen Arztgruppenkontingenten sowie gegebenenfalls zu leistender Nachzahlungen/Rückzahlungen werden Honorarausgleichsfonds gebildet. Der Vorstand der KVMV ist ermächtigt, über die Höhe der Zuführung (§ 5 a Ziffer 2 c) und § 5 b Ziffer 2 c) HVM) beziehungsweise Entnahme zu entscheiden. Über den Stand der Honorarausgleichsfonds und ihrer Verwendung sind die Vertreterversammlung der KV und die Vertragspartner dieser Vereinbarung jährlich zu unterrichten.
4. Nachzahlungen von Krankenkassen für bereits abgerechnete Vierteljahre sind nachträglich zu vergüten. Bei geringfügigen Nachzahlungen kann der Vorstand der KVMV beschließen, dass diese Nachzahlungsbeträge für die laufende Abrechnung des Vierteljahres verwendet oder den Honorarausgleichsfonds zugeführt werden.
Der Vorstand der KVMV kann abweichende Regelungen im Einzelfall beschließen.
5. Die Vergütung der Punktzahlleistungen nach EBM Kapitel 32 erfolgt durch nachstehend aufgeführte Punktwerte:

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

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

§ 6

Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieses HVM, der EBM - Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen.

chen, soweit Mittel hierfür nach § 5 a Ziffer 2 c) und § 5 b Ziffer 2 c) HVM in Verbindung mit § 5 c Ziffer 4 HVM zur Verfügung stehen und es sich nicht um eine von den nach § 3 Teilnehmenden zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung der KV und die Vertragspartner dieser Vereinbarung hierüber.

2. Die Zuständigkeit des Vorstandes der KVMV schließt auch den Regelungsbedarf mit ein, der sich aus den Besonderheiten der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen sowie aus Statuswechseln ergeben kann.

§ 7

Kosten der Honorarverteilung

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

Die Prozesskosten bei Klagen gegen die Honorarverteilung aufgrund des einvernehmlich vereinbarten HVM tragen die Vertragspartner paritätisch.

§ 8

Haftung

Soweit der Vorstand der KV MV Änderungen/Anpassungen/Auslegungen im Honorarverteilungsmaßstab ohne Einvernehmen mit den Vertragspartnern entsprechend den hierzu in dieser Vereinbarung vorgesehenen Regelungen vornimmt, haftet die KVMV allein.

Bei einem einvernehmlich vereinbarten HVM werden berechtigte Ansprüche der Ärzte gegen diesen aus dem Honorarausgleichsfonds der KVMV getragen.

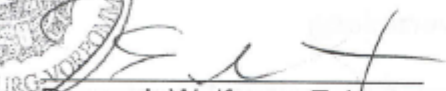
Bei einem durch das Schiedsamt festgelegten HVM hat das Schiedsamt über die Haftungsfrage zu entscheiden; der Klageweg bleibt unberührt.

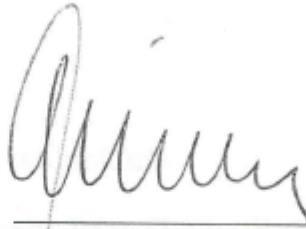
§ 9

Inkrafttreten, Geltungsdauer

Der Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 01.01.2006 in Kraft, er gilt bis zum 31.12.2006, längstens jedoch bis zum Inkrafttreten eines neuen Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Anpassung der Regelleistungsvolumina. Die Vertragsparteien verpflichten sich umgehend nach Bekanntgabe etwaiger Beschlüsse des Bewertungsausschusses in Verhandlungen zur Umsetzung dieser im HVM einzutreten. Der Honorarverteilungsmaßstab gültig vom 01.10.2005 bis 31.12.2005 tritt außer Kraft.




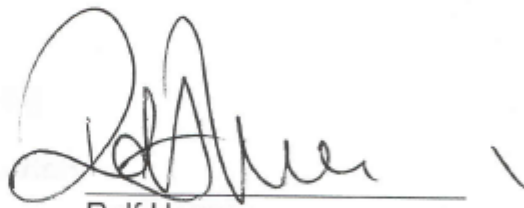

Dr. med. Wolfgang Eckert
Vorstandsvorsitzender der
Kassennärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern




Friedrich Wilhelm Bluschke
Vorstandsvorsitzender der
AOK Mecklenburg-Vorpommern
zugleich für die Bundesknappschaft Bochum



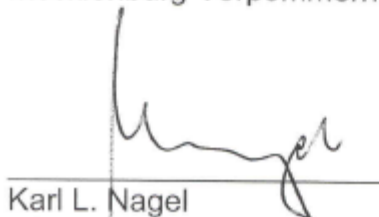

Hans-Otto Schurwanz
Vorstandsvorsitzender des
BKK-Landesverbandes NORD



Ralf Hermes
Vorstandsvorsitzender des
IKK-Landesverbandes Nord


Karl L. Nagel
Leiter der
VdAK Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern


Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband


Karl L. Nagel
Leiter der
AEV Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Anlage zu § 4, Ziffer 1.2.1 HVM

Übersicht der qualifikationsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
101	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02313, 02312, 30500, 30501	n.b.
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	03340, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130	46,0 Pkt
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	33,3 Pkt
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30411, 30400, 30410, 30420, 30421	21,9 Pkt
	Kardiologie	03322, 03323	3,6 Pkt
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33061, 33076	10,4 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	29,5 Pkt
	Chirotherapie	30200, 30201	20,6 Pkt
102	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	04340, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130	17,5 Pkt
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	7,4 Pkt
	Kinderkardiologie	04322, 04323, 13550, 13552, 33020, 33021, 33022	259,6 Pkt
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	14220, 14221, 14222	n.b.
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	6,0 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	14,3 Pkt
103	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	80,9 Pkt
104	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	2,3 Pkt
	Sonographie	33000, 33001, 33002	1,1 Pkt
105	Gefäßchirurgie (Teilgebiet) und/oder Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	121,1 Pkt
	Sonographie	33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092	30,0 Pkt
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	11,6 Pkt
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33075, 33076,	182,6 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	10,2 Pkt

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
105	Chirotherapie	30200, 30201	17,3 Pkt
	Unfallchirurgie		n.b.
106	Sonographie	33041, 33091, 33092	19,7 Pkt
	transkavitäre Sonographie	33090	n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	64,5 Pkt
108	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	64,7 Pkt
	Sonographie	33010, 33011	18,3 Pkt
	Diagnostik von Schlafstörungen	30900	31,3 Pkt
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	7,0 Pkt
	Otoakustische Emissionen	09324	7,9 Pkt
	Phoniatrie und Pädaudiologie (Teilgebiet), Audiologie	20314, 20321, 20322, 20327, 20331 bis 20370	n.b.
	Phoniatrie und Pädaudiologie (Übergangsregelung 31.12.2003)	09321, 09322, 09327, 09318, 09331, 09332, 09335, 09336, 09340	17,7 Pkt
	Chirotherapie	30200, 30201	4,2 Pkt
109	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	9,7 Pkt
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30123, 30130	56,1 Pkt
	Sonographie		n.b.
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen		n.b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	13,0 Pkt
111	Genehmigungspflichtige Echokardiographie	33020, 33021, 33022	122,7
	Genehmigungspflichtige angiologische Leistungen	33070, 33071, 33072	209,2
	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073	180,0
	CW- und PW-Doppleruntersuchungen der Gefäße	33060, 33061, 33063, 33076	49,2
115	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073	58,6

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

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

Anlage zu § 4, Ziffer 1.2.2 HVM

Übersicht der bedarfsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM ¹⁾	Punkte je Fall
101	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	03340, 30130	9,1 Pkt
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	300%	02312, 02313	5,6 Pkt
	Proktologie	200%	03331, 30610, 30611	1,2 Pkt
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	75%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	246,8 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	300%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	51,88 Pkt
102	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	04340, 30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130,	22,2 Pkt
	Pneumologie		13650, 13660, 13661	n.b.
	Neuropädiatrie	30%	16310, 16311	71,8 Pkt
103	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	40%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	222,1 Pkt
104	Kontaktlinsenanpassung	200%	06340, 06341, 06342	4,6 Pkt
	Orthoptik und Pleoptik	200%	06320, 06321	1,9 Pkt
	Elektroophthalmologie		06312	12,3 Pkt
105	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	45,8 Pkt
	Proktologie	200%	30600, 30601, 30610, 30611	77,8 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30760	167,9 Pkt
106	Druckmessung Blase und Urethra	110%	08310	48,4 Pkt
108	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	100%	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	64,7 Pkt
	Labyrinthprüfung mit nystagmographischer Aufzeichnung		09325	16,6 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	150%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	14,0 Pkt

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
109	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	30110, 30111, 30120, 30121, 30123, 30130	55,3 Pkt
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	15,9 Pkt
	Proktologie	150%	30600, 30601, 30610, 30611	5,7 Pkt
123	Betreuung in beschützenden Einrichtungen	200%	16231, 21231	40,1 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	9,0 Pkt
126	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	02312, 02313	5,8 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	2)	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	142,9 Pkt
137	Proktologie	200%	30600, 30601, 30610, 30611	52,1 Pkt
	Druckmessung Blase und Urethra	100%	26312, 26313	19,5 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	n.b.
141	Schmerztherapie (mit Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	1089,8 Pkt
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	870,0 Pkt

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

- 1) Die abrechnungsfähigen Leistungspositionen richten sich unter anderem nach dem Fachgebiet.
- 2) Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ und Nachweis einer abgeschlossenen Fortbildung „Neuraltherapie“ zertifiziert durch die Ärztekammer.
- n.b. Zur Zeit nicht benannt, da die Leistungen im Basiszeitraum nicht erbracht bzw. nicht transcodiert wurden.

Anlage zu § 5b Ziffer 4 HVM

AG-Nr.	Arztgruppe	Anteil
103	Fachärzte für Anästhesiologie	0,9390%
104	Fachärzte für Augenheilkunde	10,3827%
105	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie.	8,7068%
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	11,8561%
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,0000%
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	8,2510%
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,7208%
110	Fachärzte für Humangenetik	0,0000%
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	4,6197%
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	0,1170%
113	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	0,0000%
114	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	0,0763%
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	1,2524%
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	0,3641%
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	3,2422%
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	0,0000%
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1,7783%
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	0,2324%
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	0,3316%
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,0871%
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	6,2763%
124	Fachärzte für Neurologie	0,1021%
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	2,1865%
126	Fachärzte für Orthopädie	10,6032%
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie ⁷	0,0000%
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	0,2674%
129	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	0,0000%
133	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	1,0987%
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	2,2922%
135	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	0,4753%
136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	2,4764%
137	Fachärzte für Urologie	4,3937%
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	0,3368%
139	Übrige Fachärzte	3,0173%
140	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	7,9508%
141	Allgemeinärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Schmerztherapie, welche für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind und Ärzte, welche an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen	0,5658%
103-140	Arztgruppen des Fachärztlichen Versorgungsbereichs	100,0000%

⁷ Für die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie wird ein relativer Anteil je Arzt entsprechend der Arztgruppe der HNO-Ärzte (AG-Nr. 108) zum Ansatz gebracht

Anlage zu § 4 Ziffern 1

1	2	3
AG-Nr.	Arztgruppe	Kernfallzahl pro Quartal
101	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	526
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	659
103	Fachärzte für Anästhesiologie	203
104	Fachärzte für Augenheilkunde	951
105	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie.	530
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	604
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	-
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	770
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.131
110	Fachärzte für Humangenetik	-
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	652
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	465
113	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	-
114	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	647
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	555
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato/Onkologie	369
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	713
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	-
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	598
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	532
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	238
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	128
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	462
124	Fachärzte für Neurologie	706
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	479
126	Fachärzte für Orthopädie	804
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	480
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	494
133	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	1.622
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	1.406
135	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	1071
136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	1617
137	Fachärzte für Urologie	541
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	316
141	Allgemeinärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Schmerztherapie, welche für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind und Ärzte, welche an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen	470

Anlage zu § 4 Ziffern 1.5 und 1.6 HVM

Nachfolgende Werte werden pro Quartal bei der Umsetzung der Regelungen in den Ziffern 1.5 und 1.6 des § 4 HVM zum Ansatz gebracht.

AG-Nr.	Arztgruppe	durchschnittliche Behandlungsfallzahl pro Quartal
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	720
110	Fachärzte für Humangenetik	120
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	1.040
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	820
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	1.220
129	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	1100
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	900