



**Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

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

**Vertragsabteilung**

Ansprechpartner(in):  
Frau Schlegel  
--  
Telefon: 0385.7431.217  
Fax: 0385.7431.112 / - 66217  
eMail: sschlegel@kvmv.de  
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: SI

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 18. Dezember 2007

## **Rundschreiben Nr. 21/2007**

### **Honorarverteilungsmaßstab für das Jahr 2008 Abrechnungsrichtlinie i. d. Fassung der Vertreterversammlung vom 12.12.2007**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage zu diesem Rundschreiben erhalten Sie den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für das Jahr 2008. Dieser steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Landesverbände/-vertretungen der Krankenkassen. In den Verhandlungen mit den Krankenkassen konnte noch kein endgültiges Verhandlungsergebnis erzielt werden. Sobald eine abschließende Einigung erzielt wird, werden wir das Unterschriftenverfahren einleiten und sie entsprechend informieren.

Die Vertreterversammlung der KVMV hat sich entschlossen, für das Jahr 2008 grundsätzlich an der Systematik der Honorarverteilung des Jahres 2007 festzuhalten. Damit soll sichergestellt werden, dass im „Übergangsjahr“ 2008 bis zum Inkrafttreten der regionalen Eurogebührenordnung im Jahr 2009 keine Verwerfungen zwischen den Fachgruppen entstehen, es verbleibt deshalb auch bei den Fachgruppenkontingenten.

Inhaltlich gibt es einige Ergänzungen bzw. Änderungen die aufgrund des EBM 2008 sowie der begleitenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf Bundesebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden müssen. An der Systematik der Grund- und Zusatzmodule, welche multipliziert mit den Fallzahlen der

jeweiligen Praxis das Regelleistungsvolumen ergeben, soll festgehalten werden. Auch die Systematik der sogenannten Kernfallzahlen, also die Fallzahl bis zu denen die Grund- und Zusatzmodule mit festen Punktwerten vergütet werden, soll fortgeführt werden. Die Zusatzmodule sollen weiterhin in qualifikationsgebundene, bedarfsgebundene und Zusatzmodule zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung unterteilt werden.

Die im beigefügtem HVM vorgenommenen Änderungen basieren im Wesentlichen auf der veränderten Leistungsbewertung sowie der Pauschalierung von Leistungen zu Grund- bzw. Versichertenpauschalen im EBM 2008. Weitere Änderungen waren auf der Grundlage der Beschlüsse des erweiterten Bundesschiedsamtes zur Vergütung der Leistungen nach § 115b SGB V und diverser Beschlüsse des Bewertungsausschusses notwendig. Die wesentlichen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind:

1. Festlegung von Regelleistungsvolumen (139. Sitzung),
2. Trennung der Gesamtvergütung,
3. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Alle drei vorgenannten Beschlüsse wurden an den EBM 2008 angepasst, sind jedoch ebenfalls in der Systematik unverändert geblieben. Die Beschlüsse liegen bisher nur als Entwurfss Fassungen vor und sind auf Bundesebene noch nicht unterzeichnet.

Nachfolgend möchten wir Ihnen die am HVM vorgenommen Änderungen jeweils kurz erläutern.

#### **§ 4 Abs. 1 –Kernfallzahlen**

*Bei der Berechnung der Kernfallzahlen ist die Vergütung der Leistungen nach § 115b SGB V nicht mehr zu berücksichtigen, da für diese Leistungen entsprechend dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses eine extrabudgetäre Vergütung mit festen Punktwerten auf Landesebene vereinbart wurde. Die Leistungen unterliegen daher nun nicht mehr den Regelleistungsvolumina und Kernfallzahlen. Die bisherige Vergütung für diese Leistungen aus den Arztgruppenkontingenten ist auf der Basis des 1. Halbjahres 2007 (Basiszeitraum) bereinigt worden. Arztgruppen, die überwiegend entsprechende Leistungen erbringen (wie z. B. die Anästhesisten) bekommen diese Leistungen nun extrabudgetär vergütet und haben daher entsprechend geringere Kernfallzahlen.*

*In das Kontingent der Hausärzte ist (ebenfalls auf Basis des 1. Halbjahres 2007) das bisherige Vergütungsvolumen der Hausärztlichen Grundvergütung aufgenommen worden. Diese Leistung ist in den neuen Versichertenpauschalen aufgegangen, welche zukünftig aus dem Kontingent der Hausärzte vergütet werden.*

*Gleiches gilt für die bisherige Laborgrundgebühr, welche ebenfalls in den Grund- und Versichertenpauschalen aufgegangen ist. Auch diese Vergütung ist den jeweiligen Fachgruppenkontingenten zugeführt worden.*

*Aufgrund der Leistungsaufwertung durch den EBM 2008 und der gleichzeitigen Fortführung der budgetierten Gesamtvergütung im Jahr 2008 gibt der Bewertungsausschuss vor, dass der Punktwert für die zu vergütenden Regelleistungsvolumen anzupassen ist. Um eine übermäßige Absenkung der Kernfallzahlen zu vermeiden und dem Beschluss des Bewertungsausschusses nachzukommen, ist daher der Punktwert von 4,0 Ct. auf 3,5 Ct. gesenkt worden. Die Höhe der Fachgruppenkontingente bleibt hiervon unberührt.*

#### **§ 4 Abs. 1.1 bzw. Abs. 1.2 – Grund- und Zusatzmodule**

*Die Neuberechnung der Grund- und Zusatzmodule ist entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses auf der Basis der sogenannten Transcodierungsliste (Umsetzung von EBM 2007 auf EBM 2008) erfolgt. Die Berechnung basiert, wie auch für den derzeit geltenden HVM, auf Basis von 80% des transcodierten Leistungsbedarfs. Wegen dem hohen Pauschalierungsgrad der Grund- und Versichertenpauschalen wurde es als notwendig erachtet, die Grundmodule mindestens in Höhe der jeweiligen Grund- bzw. Versichertenpauschale zu gewähren. Weiterhin wurden in der Altersklasse bis zum vollendeten 5. Lebensjahr bei diversen Arztgruppen wegen zu geringer Fallzahlen und damit unzureichender Datengrundlage die Grundmodule der Alterklasse vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr übernommen.*

*Berechnungsbasis bildet für die Grund- und Zusatzmodule ebenfalls das 1. Halbjahr 2007. Wie bereits bei den Kernfallzahlen (s. o.) erläutert, sind auch für diese Berechnungen die Leistungen nach § 115b SGB V nicht mehr zu berücksichtigen, da sie nicht mehr den RLV unterliegen.*

*Der Vorstand ist auch weiterhin beauftragt, Unplausibilitäten hinsichtlich der Transcodierung nach Vorliegen erster Abrechnungsergebnisse zu korrigieren und bei EBM-bedingten Verwerfungen, insbesondere bei Schwerpunktpraxen, Korrekturmaßnahmen vorzunehmen.*

#### **§ 4 Abs. 1.7 – Psychotherapie**

*Entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wurde die Obergrenze der zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen von pro Quartal derzeit 561.150 Punkten auf 679.185 Punkten erhöht.*

#### **§§ 5, 5a, 5b und 5c– Verteilung der haus- bzw. fachärztlichen Gesamtvergütung**

*In den genannten Paragraphen ist gemäß dem Beschluss zu Trennung der Gesamtvergütung die Hausärztliche Grundvergütung gestrichen worden. Wie bereits erläutert, ist diese Leistung in den Versichertenpauschalen aufgegangen und wird damit nun aus dem Kontingent der Hausärzte vergütet.*

*Weiterhin sind die Vergütungsregelungen für die belegärztlichen Leistungen gestrichen worden, da diese gemäß Bundesempfehlung seit dem 2. Quartal 2007 extrabudgetär vergütet werden.*

*Die gemäß § 5b Ziffer 4 zu bildenden Arztgruppenanteile wurden in Analogie zur Berechnung der Kernfallzahlen (s. o.) um die Vergütung nach § 115b SGB V bereinigt und um die Vergütung der Laborgrundgebühr erhöht. In § 5c ist demzufolge die Laborgrundgebühr gestrichen worden.*

Als weitere Anlage erhalten Sie die geänderte Abrechnungsrichtlinie in der Fassung der Vertreterversammlung vom 12.12.2007. Hier beschränken sich die Anpassungen auf redaktionelle Änderungen aufgrund der EBM-Änderungen.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass dieses Rundschreiben und auch der HVM auf unserer Website ([www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)) zu finden sind.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Wolfgang Eckert

**Vorbehaltlich der Zustimmung der  
Landesverbände der Krankenkassen**

**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, Nicht-Vertragspsychotherapeuten 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung 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;  $FZ_{\text{Kern}}$ ) gem. der Anlage zu dieser Ziffer Spalte 3 als Kernleistungen definiert. Die Kernfallzahl wird wie folgt ermittelt:

$$FZ_{\text{Kern}} = \frac{AGT_{\text{Basiszeitraum}} \times 70\%}{3,5\text{Ct.} \times FPZ_{\text{RLV}}}$$

Variable/Const.	Bedeutung
AGT <sub>Basiszeitraum</sub>	Vergütung der Arztgruppe im Fachgruppenkontingent im 1. Halbjahr 2007 (Basiszeitraum): <ul style="list-style-type: none"> <li>- ohne die Vergütung für Leistungen nach den Ziffern 4.1 und 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung im Basiszeitraum,</li> <li>- ohne Vergütung für Leistungen, welche auf der Grundlage des vom Erweiterten Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – erbracht und entsprechend gekennzeichnet wurden, im Basiszeitraum</li> <li>- mit Vergütung für die Hausärztliche Grundvergütung im Basiszeitraum</li> <li>- mit Vergütung für die Laborgrundgebühr im Basiszeitraum</li> </ul>
FPZ <sub>RLV</sub>	Fallpunktzahl der Arztgruppe ohne Differenzierung in Grund- und Zusatzmodule nach Anlage 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung
3,5 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen sowie die Leistungen nach den GO-Nrn. 03212, 04212, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung aufgeführten Formel zur Berech-

nung der Fallpunktzahl des RLV (FPZ<sub>RLV</sub>), 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. Abweichend von Ziffer 3.1 der Anlage 3 zum Teil III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung erfolgt die Berechnung auf der Basis des 1. und 2. Quartals 2007. Leistungen, welche auf der Grundlage des vom Erweiterten Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – erbracht und entsprechend gekennzeichnet wurden, finden bei der Berechnung keine Berücksichtigung. Die arztgruppenbezogenen Grundmodule sind nachfolgend aufgeführt.

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	Versicherte vom 6 bis zum vollendeten 59 Lebensjahr	Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
101	Fachärzte für Innere- und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	1.000	900	1164
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1.000	900	-
103	Fachärzte für Anästhesiologie	592	592	684
104	Fachärzte für Augenheilkunde	753	594	684
105	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie <sup>1</sup> .	617	680	745
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	420	420	476
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	n. b.	n. b.	n. b.
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	680	731	750
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	365	412	473
110	Fachärzte für Humangenetik	n. b.	n. b.	n. b.
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	1003	1003	1006
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	1.287	1.287	1407
113	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	n. b.	n. b.	n. b.
114	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	917	917	826
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	1.336	1.336	1.299
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	1.116	1.116	1.389
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1.461	1.461	1.450
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	n. b.	n. b.	n. b.
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	1.434	1.434	1.362
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versor-	1.144	1.144	1.080

<sup>1</sup> Leistungen nach EBM Kapitel 34.3 und 34.5 unterliegen nicht dem RLV, sondern sind entsprechend III Ziffer 4.1 zu vergüten

AG-Nr.	Arztgruppe	Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	Versicherte vom 6 bis zum vollendeten 59 Lebensjahr	Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
	gungs-) Schwerpunkt Rheumatologie			
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	1.062	1.062	-
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	350	320	370
123	Fachärzte für Nervenheilkunde <sup>1</sup>	1.211	1.211	1.163
124	Fachärzte für Neurologie	1.355	1.355	1.296
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	2.204	2.204	2.979
126	Fachärzte für Orthopädie	495	614	716
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	946	946	878
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	1.089	1.089	974
129	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	n. b.	n. b.	n. b.
130	Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	keine Regelleistungsvolumen		
131	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten	keine Regelleistungsvolumen		
132	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	keine Regelleistungsvolumen		
133*	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	1.233	1.233	1.312
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	1.240	1.240	1.419
135	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	2.617	2.617	2.131
136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	1.950	1.950	1.953
137	Fachärzte für Urologie	626	626	735
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	1.136	1.136	1.487
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	819	819	796

<sup>1</sup> Leistungen nach EBM Kapitel 34.3 und 34.5 unterliegen nicht dem RLV, sondern sind entsprechend III Ziffer 4.1 zu vergüten

n. b. Zur Zeit nicht benannt, da die Arztgruppe im Basiszeitraum nicht vertreten war.

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 Ab-

rechnung 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 insbesondere hinsichtlich der Transcodierung des Leistungsbedarfes festgestellt werden, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, angemessene Korrekturen zu beschließen. Weiterhin sind EBM-bedingte Verwerfungen insbesondere bei Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Versorgungsbereich hinsichtlich der Auswirkung auf die Sicherstellung entsprechender Leistungen zu prüfen und ggf. Korrekturmaßnahmen vorzunehmen.

#### **1.1.1 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzten**

Die Regelung nach Teil III. Ziffer 3.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung findet Anwendung.

#### **1.1.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (AG-Nr. 102) und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AG-Nr. 121)**

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (AG-Nr. 102) und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AG-Nr. 121) 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung findet Anwendung.

#### **1.1.4. Relevante Behandlungsfälle**

Die Regelung nach Teil III. Ziffer 3.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung findet Anwendung.

## **1.2. Zusatzmodule**

Die Berechnung der Zusatzmodule erfolgt entsprechend der in Anlage 2 zum Teil III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung 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. Abweichend von Ziffer 3.1 der Anlage 3 zum Teil III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung erfolgt die Berechnung auf der Basis des 1. und 2. Quartals 2007. Leistungen, welche auf der Grundlage des vom Erweiterten Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – erbracht und entsprechend gekennzeichnet wurden, finden bei der Berechnung keine Berücksichtigung.

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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme nach Ziffer 1 des oben aufgeführten Beschlusses Anpassungen der Regelleistungsvolumen 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung 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 Regelleistungsvolumens herangezogen.

Erläuterung:

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

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

### **1.7. Psychotherapie**

Die angeforderten antrags- und genehmigungspflichtigen 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 679.185 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:

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

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 - Pauschalerstattung nach Kapitel 40 des jeweils gültigen EBM
  - b) Zahlungen aufgrund gesetzlicher bzw. vertraglicher Bestimmungen
  - c) die Vergütung der Leistungen nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung<sup>2</sup> (sogenannte KO-Leistungen<sup>3</sup>) der Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören als Teilbudget auf der Grundlage des Jahres 1999 verändert um die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Veränderungen
  - d) Laborvergütung entsprechend § 5 c Ziffer 5
  - e) der im Jahr 1999 auf die Erstattungspsychotherapie gem. Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG entfallende Anteil des psychotherapeutischen Ausgabenbudgets
3. Die nach den Richtlinien des Bewertungsausschusses entsprechend § 85 Abs. 4 a SGB V ermittelte hausärztliche und fachärztliche Gesamtvergütung wird jeweils getrennt verteilt.
  4. Für die Vergütung der Leistungen nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (sogenannte KO-Leistungen) der Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 entsprechende Leistungen abzurechnen, werden getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen jeweils einrechnerischer Quartalspunktwert 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 Punktwert

---

<sup>2</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>3</sup> Ohne Leistungen des EBM-Kapitels 32, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00

( $PW_{AG}$ ) (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppenopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens (Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht)) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Verteilungskontingente) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert ( $PW_{HA/FA}$ ) um mehr als 10 %, wird eine Anpassung des Arztgruppenkontingentes in folgender Höhe vorgenommen:

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

6. Vergütung im organisierten Notdienst (gemäß der Vereinbarung zur Neustrukturierung des organisierten vertragsärztlichen Notdienstes)

Innerhalb der Zeiten des organisierten vertragsärztlichen Notdienstes (§ 2 Abs. 1 Notdienstordnung) werden 40% der abgerechneten ärztlichen Leistungen (Punktzahlen) vergütet. Die im organisierten vertragsärztlichen Notdienst abgerechneten Kosten werden zu 100% erstattet.

Weiterhin wird für jeden am vertragsärztlichen Notdienst Beteiligten für jede vollendete Stunde gemäß der Notdienstordnung eine Bereitschaftspauschale in Höhe von 18,- € gezahlt.

## § 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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung aufgeführten Leistungen werden, soweit sie nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, grundsätzlich mit dem rechnerischen Punktwert des Arztgruppenkontingentes ( $PW_{AG}$ ) bzw. wie folgt vergütet.

---

<sup>4</sup> Diese Regelung findet ab dem 3. Quartal 2005 Anwendung.

- aa) Vergütung von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notdienst gemäß § 5 Abs. 6.
- bb) Leistungen der antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35200 bis 35225 werden zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 3 vergütet,
- b) Soweit die Leistungen der nicht antragspflichtigen Psychotherapie nach den GO-Nrn. 35100 bis 35150 nicht gesondert gesamtvertraglich vereinbart wurden und somit nicht § 5 Ziffer 2 des HVM zuzuordnen sind, werden diese Leistungen zum Punktwert nach § 5 b Ziffer 5 Satz 1 f vergütet.
- c) Zuführungen zum Honorarausgleichsfonds der Hausärzte nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes, deren Höhe 3 % nicht überschreiten darf.
3. Das Honorarkontingent der Arztgruppen nach Ziffer 1 wird entsprechend den Leistungsanforderungen dieser Arztgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgegliedert. Die Ermittlung der Verteilungspunktwerte erfolgt getrennt für die Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen.
4. Die Kernleistungen werden grundsätzlich mit einem festen Punktwert (Kernleistungspunktwert) in Höhe von 3,5 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 3,5 Ct. beträgt. Der Ausgleich erfolgt dabei mit dem Kernleistungsbereich.
5. Die Vergütung der Leistungen nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (sogenannte KO-Leistungen<sup>5</sup>) der Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1. Januar 2003 entsprechende Leistungen abzurechnen, erfolgt mit den Punktwerten nach § 5 Ziffer 4.

## **§ 5 b**

### **Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung**

1. Für die Verteilung der fachärztlichen Gesamtvergütung nach § 5 Ziffer 3 HVM werden die Arztgruppen nach § 4 Ziffer 1.1 des HVM entsprechend nachste-

---

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

hender 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	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	138
610	Nuklearmediziner	125
611	Orthopäden	126
612	fachärztliche Internisten (ohne Schwerpunkt)	111
613	Radiologen	133 bis 136
614	Urologen	137
615	Kardiologen	117 und 118
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 zur Festlegung von Regelleistungsvolumina in der 139. Sitzung 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) Vergütung von Vertragsärzten nach Ziffer 1 im organisierten Notdienst gemäß § 5 Abs.6.

- b) Leistungen nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung<sup>6</sup> (sogenannte KO-Leistungen) der Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und aus Gründen der Sicherstellung eine Genehmigung besitzen, nach dem 1.

<sup>6</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 32, s.a. Beschluß des Bewertungsausschusses vom 16.02.00.

Januar 2003 entsprechende Leistungen abzurechnen, 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) Unterpunkt aa) , 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<sub>Basisjahr</sub>) wird auf der Basis der Vergütung des Zeitraumes vom 1. Quartal 2007 bis zum 2. Quartal 2007 (Basiszeitraum) ermittelt. Die Vergütung wird dabei

- in Analogie zu Ziffer 3 um die in dieser Ziffer aufgeführten Bereinigungen im Basiszeitraum abgesenkt,
- um die Vergütung im Basiszeitraum für Leistungen, welche auf der Grundlage des vom Erweiterten Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationäres Operieren im Krankenhaus – erbracht und entsprechend gekennzeichnet wurden, abgesenkt,
- um die Vergütung der Go-Nr. 32000 im Basiszeitraum erhöht.

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<sub>akt.Quartal</sub>) und der durchschnittlichen Anzahl der abrechnenden Ärzte der Arztgruppe im Basiszeitraum (Arztgruppenarztzahl<sub>Basisjahr</sub>).

Die Summe der Arztgruppenkontingente ist ins Verhältnis zur aktuellen fachärztlichen Gesamtvergütung des Quartals nach Ziffer 3 (Gesamtvergütung<sub>akt.Quartal</sub>) zu setzen. Die Arztgruppenkontingente sind entsprechend proportional anzupassen.

Die Arztgruppenkontingente sind entsprechend Ziffer 1 zu Verteilungskontingenten zusammenzufassen.

Die Verteilungskontingente gemäß Ziffer 1 werden entsprechend den Leistungsanforderungen der Arztgruppen nach den Kassengruppen Primärkassen und Ersatzkassen aufgliedert. 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 (Kernleistungspunkt看wert) in Höhe von 3,5 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 des Unterpunktes aa) 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 3,5 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 Ge-

samtvergütungsanteile 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:

<b>Bezeichnung</b>	<b>Gebührenordnungsposition</b>	<b>Punktwert</b>
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 abzgl. der durchschnittlichen Quartalsvergütung der Laborgrundgebühr (Go-Nr. 32000) im 1. Halbjahr 2007 überschreitet, wird der Punktwert für die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Laborleistungen des Kapitels 32 entsprechend quotiert.

## § 6

### Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieses HVM, der EBM - Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen, soweit Mittel hierfür nach § 5 a Ziffer 2 c) und § 5 b Ziffer 2 c) HVM in Verbindung mit § 5 c Ziffer 4 HVM zur Verfügung stehen und es sich nicht um

eine von den nach § 3 Teilnehmenden zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung der KV und die Vertragspartner dieser Vereinbarung hierüber.

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

## **§ 7**

### **Kosten der Honorarverteilung**

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

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 berechnete 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 01.01.2008 in Kraft, er gilt längstens 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 01.01.2007 bis 31.12.2007 tritt außer Kraft.

---

Dr. med. Wolfgang Eckert  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen 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**

<b>AG-Nr.</b>	<b>Zusatzmodul</b>	<b>Leistungspositionen des EBM</b>	<b>Punkte je Fall</b>
101	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02313, 02312, 30500, 30501	n. b.
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130	27,1
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33042, 33043, 33050, 33051, 33052, 33081, 33090, 33091, 33092	31,1
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30411, 30400, 30410, 30420, 30421	24,2
	Kardiologie	03322, 03241	8,2
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33061, 33076	15,3
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35111, 35112, 35113, 35120	20,0
	Chirotherapie	30200, 30201	19,0
102	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130	34,7
	Sonographie	33010, 33011, 33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092	7,9
	Kinderkardiologie	04322, 04241, 33021	3,3
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	15,0
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100 <sup>7</sup> , 35110 <sup>7</sup> , 35111, 35112, 35113, 35120	20,0
103	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	94,3
104	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	n. b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	2,3
	Sonographie	33000, 33001, 33002	8,6
105	Gefäßchirurgie (Teilgebiet) und/oder Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	98,7
	Sonographie	33012, 33040, 33041, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092	34,8
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	34,2
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen	33060, 33061, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33075, 33076,	23,9

<sup>7</sup> Gemäß IIIa Ziffer 4.1 Nr. 3 Satz 2 EBM sind diese Leistungen anstelle des Qualitätszuschlages nur berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin bzw. von pädiatrischen Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung erfüllt werden.

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	15,2
105	Chirotherapie	30200, 30201	23,6
	Unfallchirurgie		n. b.
106	Sonographie	33041, 33091, 33092	25,7
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	52,0
108	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	63,6
	Sonographie (A-Mode-Verfahren)	33010	18,1
	Sonographie (B-Mode-Genehmigung)	33010, 33011	21,7
	Diagnostik von Schlafstörungen	30900	48,8
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	7,1
	Otoakustische Emissionen	09324	10,1
	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	20,6
	Chirotherapie	30200, 30201	4,5
109	Phlebologie (Zusatzbezeichnung)	02312, 02313, 30500, 30501	10,9
	Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30123, 30130	61,0
	Sonographie		n. b.
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen		n. b.
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	14,4
111	Genehmigungspflichtige Echokardiographie	33020, 33021, 33022	166,4
	Genehmigungspflichtige angiologische Leistungen	33070, 33071, 33072	224,9
	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073	14,8
	CW- und PW-Doppleruntersuchungen der Gefäße	33060, 33061, 33063, 33076	69,3
115	Sonographie abdomineller und retroperitonealer Gefäße	33073	44,7
117	Belastungs-Echokardiographie	33030, 33031	0,7
	Genehmigungspflichtige Echokardiographie	33020, 33021, 33022	4,3

AG-Nr.	Zusatzmodul	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
	Transösophageale Echokardiographie	33023	5,4
	Genehmigungspflichtige angiologische Leistungen	33070, 33071, 33072	78,5
	CW- und PW-Doppleruntersuchungen der Gefäße	33060, 33061, 33063, 33076	14,7
	Herzschrittmacher-Kontrolle	13552	66,4
	Ergospirometrie	13560	27,8
121	Kinder- und Jugendpsychiatrie	14220, 14221, 14222	892,7
123	Physikalische Therapie	30400	n. b.
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen (Doppler-Verfahren)	33060, 33063	62,8
	Sonogr. Gefäßuntersuchungen (Duplex-Verfahren)	33070, 33071, 33075	95,8
	Diagnostik von Schlafstörungen		n. b.
	Chirotherapie	30200, 30201	14,3
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	21220,	312,0
126	Sonographie	33050, 33051, 33081, 33091, 33092	14,9
	Physikalische Therapie	30300, 30301, 30400, 30410, 30411, 30420, 30421	34,5
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	8,9
	Chirotherapie	30200, 30201	94,1
137	transkavitäre Sonographie	33090	9,5
	Psychosomatik, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35112, 35113, 35120	62,4
	Dopplerunters. Genitalbereich	33062, 33064	n. b.

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

Für Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen waren und mit Bezug auf § 4 der - Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 – eine Genehmigung erhalten haben die Gebührenordnungspositionen 13300 und 13550 abzurechnen, erfolgt eine Verrechnung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Ihnen analog zu-erkannten qualifikationsgebundenen Zusatzmodulen.

## Anlage zu § 4, Ziffer 1.2.2 HVM

### Übersicht der bedarfsgebundenen fallzahlabhängigen Zusatzmodule

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM <sup>1)</sup>	Punkte je Fall
101	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	30130	4,5
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	300%	02312, 02313	5,2
	Proktologie	200%	03331, 03332, 30610, 30611	n. b.
	Schmerztherapie (mit Genehmigung)	75%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	299,8
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	300%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	129,2
102	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123, 30130,	25,5
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	40%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	n. b.
104	Kontaktlinsenanpassung	200%	06340, 06341, 06342	2,9
	Orthoptik und Pleoptik	200%	06320, 06321	121,2
	Elektroophthalmologie		06312	20,2
105	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	56,5
	Proktologie	200%	30600, 30601, 30610, 30611	68,9
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30760	308,8
106	Druckmessung Blase und Urethra	110%	08310	55,8
108	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	100%	30110, 30111, 30120, 30121, 30130	63,3
	Labyrinthprüfung mit nystagmographischer Aufzeichnung	3)	09325	20,1
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	150%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	n. b.

AG-Nr.	Zusatzmodul	AG in %	Leistungspositionen des EBM	Punkte je Fall
109	Allergologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	30110, 30111, 30120, 30121, 30123, 30130	73,3
	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	150%	02312, 02313, 30500, 30501	n. b.
	Proktologie	150%	30600, 30601, 30610, 30611	n. b.
123	Betreuung in beschützenden Einrichtungen	200%	16231, 21231	79,8
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	200%	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	n. b.
126	Phlebologie (ohne Zusatzbezeichnung)	200%	02312, 02313	n. b.
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)	2)	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	155,0
137	Proktologie	200%	30600, 30601, 30610, 30611	71,9
	Druckmessung Blase und Urethra	100%	26312, 26313	22,1
	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	819,8
	Schmerztherapie (ohne Genehmigung)		30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760	n. b.

AG in %: Prozentwert, ab dem im Vergleich zum Arztgruppendurchschnitt ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget gewährt werden kann (Arztgruppendurchschnitt = 100%). Bei der Feststellung des Versorgungsbedarfes sind die Besonderheiten bei der Veranlassung von Leistungen hinsichtlich der Überweisungen mit Ziel- oder mit Konsiliarauftrag gegenüber den Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung entsprechend § 24 BMV-Ä bzw. § 27 EKV zu berücksichtigen.

- 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.
  - 3) Gerätenachweis gegenüber der KV erforderlich
- n. b. Zur Zeit nicht benannt, da die Leistungen im Basiszeitraum nicht erbracht bzw. nicht transcodiert wurden.

**Anlage zu § 5b Ziffer 4 HVM**

<b>AG-Nr.</b>	<b>Arztgruppe</b>	<b>Anteil</b>
103	Fachärzte für Anästhesiologie	0,1806%
104	Fachärzte für Augenheilkunde	8,6539%
105	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie.	7,4506%
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	10,8011%
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,0000%
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	7,1044%
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	5,1926%
110	Fachärzte für Humangenetik	0,0000%
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	3,2500%
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	0,3058%
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	0,0560%
115	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	1,4035%
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	0,7668%
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	4,2735%
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	2,4265%
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	0,2566%
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	0,5620%
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,0313%
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	5,8315%
124	Fachärzte für Neurologie	0,3604%
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	3,7599%
126	Fachärzte für Orthopädie	8,9977%
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	0,4121%
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	0,5600%
129	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30%	0,0000%
133-136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie	12,2192%
137	Fachärzte für Urologie	3,8059%
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	0,1942%
139	Übrige Fachärzte	4,1943%
140	Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen	5,0646%
141	Allgemeinärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Schmerztherapie, welche für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind und Ärzte, welche an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen	1,8850%
<b>103-140</b>	<b>Arztgruppen des Fachärztlichen Versorgungsbereichs</b>	<b>100,0000%</b>

## Anlage zu § 4 Ziffer 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	699
102	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	599
103	Fachärzte für Anästhesiologie	48
104	Fachärzte für Augenheilkunde	857
105	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Herzchirurgie, Neurochirurgie.	448
106	Fachärzte für Frauenheilkunde	609
107	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	-
108	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	681
109	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.089
110	Fachärzte für Humangenetik	-
111	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	488
112	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	546
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	447
116	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	399
117	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	657
118	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	-
119	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	609
120	Fachärzte für Innere Medizin mit dem (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	565
121	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	261
122	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	52
123	Fachärzte für Nervenheilkunde	456
124	Fachärzte für Neurologie	418
125	Fachärzte für Nuklearmedizin	644
126	Fachärzte für Orthopädie	680
127	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	716
128	Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30%	465
133	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	872
134	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	1.065
135	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	1.371
136	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	1.467
137	Fachärzte für Urologie	591
138	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	333
141	Allgemeinärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Schmerztherapie, welche für die fachärztliche Versorgung zugelassen sind und Ärzte, welche an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen	388

### 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.

<b>AG-Nr.</b>	<b>Arztgruppe</b>	<b>durchschnittliche Behandlungsfallzahl pro Quartal</b>
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

# **Abrechnungsrichtlinie**

**der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

**in der Beschlussfassung**

**der**

**Vertreterversammlung**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-  
Vorpommern**

**vom 12.12.2007**

## § 1

### Anwendungsbereich

1. Die Richtlinie findet Anwendung für die von den zugelassenen und ermächtigten Ärzten/Psychotherapeuten, den ermächtigten Fachwissenschaftlern für Medizin, den zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V abgerechneten Leistungen und Sachkosten, sowie von den Nicht-Vertragsärzten, Nicht-Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäuser für die Behandlung von Notfällen gegenüber der KVMV im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechneten Leistungen und Sachkosten. Für die Vergütung dieser Leistungen und Sachkosten wird der jeweils gültige Honorarverteilungsmaßstab (HVM) angewendet.
2. Die Bestimmungen dieser Richtlinie finden entsprechende Anwendung auf die sonstigen Kostenträger, soweit nicht in den entsprechenden Verträgen abweichende Regelungen vereinbart sind.

## § 2

### Grundlagen

1. Die Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Abrechnung ist der Nachweis des Arztes/Psychotherapeuten über Art und Umfang seiner erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Diesen Leistungsnachweis hat er für jedes Kalendervierteljahr pro Behandlungsfall bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) einzureichen. Die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen im Sinne von § 311 Abs. 2 SGB V sind als Einzelleistungen nachzuweisen. Soweit sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt der Leistungsnachweis nach den getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist - sofern nachstehend nicht abweichend geregelt - der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die KVMV informiert die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden nach § 1 der Abrechnungsrichtlinie in geeigneter Weise über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängende Fragen.
3. Über die Auslegung der Regelungen dieser Richtlinie entscheidet der Vorstand der KVMV. Er ist ermächtigt, in dringenden Fällen vorläufige Regelungen zu treffen.

### § 3

#### Berechnungsfähige Leistungen

1. Berechnungsfähig sind nur die vom Arzt/Psychotherapeuten selbst oder von seinem nichtärztlichen Hilfspersonal unter seiner Verantwortung und fachlichen Überwachung ausgeführten Verrichtungen. Leistungen von Vertretern, genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten/Psychotherapeuten darf der Arzt/Psychotherapeut nur berechnen, wenn die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Wehrübung, von der KVMV genehmigte Vertretung oder Assistenz sowie vom Zulassungsausschuss genehmigter angestellter Arzt/Psychotherapeut).
2. Ziffer 1 gilt ebenfalls für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten im Hinblick darauf, dass die Ermächtigung an die Person des Arztes/Psychotherapeuten gebunden ist und, abgesehen von den Fällen der Ziffer 1 Satz 2, nicht auf andere Ärzte/Psychotherapeuten (z. B. Oberärzte, Assistenzärzte des Krankenhauses) übertragbar ist. Des weiteren ist jeder in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen und den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V Tätige verpflichtet, sich in seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auf sein Fachgebiet zu beschränken.
3. Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen, Ringversuchszertifikate, Qualitätssicherungsmaßnahmen) abhängig sind, werden durch die KVMV nur honoriert, wenn die jeweilige Person, welche die spezifischen Voraussetzungen gegenüber der KVMV nachgewiesen hat. Die gegenseitige Vertretung ist nur unter Beachtung des Vorstehenden möglich.
4. Die Ausführungen von Elektro-Encephalogrammen und deren Honorierung ist auf die Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, die Fachärzte für Nervenheilkunde, Ärzte für Neurochirurgie, die Ärzte für Neurologie, die Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beschränkt. Ärzte für Kinderheilkunde können Elektro-Encephalogramme ausführen und berechnen, wenn sie die dafür erforderliche Qualifikation nachweisen.
5. Chirotherapeutische Leistungen nach den Nrn. 30200 und 30201 EBM dürfen nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung "Chirotherapie" zu führen, einen entsprechenden Nachweis bei der KVMV vorgelegt haben sowie voll umfänglich für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, es sei denn, diese Leistungen sind ausdrücklich Bestandteil der Sonderbedarfzulassung bzw. Ermächtigung.

6. Mutterschaftsvorsorgeleistungen dürfen nur Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnen sowie Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung (ÄoG). Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§\_196 RVO) erfolgt nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- 7.a) Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen dürfen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzte für Chirurgie durchführen. Die Leistung nach Nr. 01730 ist von Vertragsärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.
- b) Maßnahmen zur Früherkennung bei Männern dürfen Ärzte für Chirurgie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
- c) Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebserkrankungen dürfen ab 1.7.2008 hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten durchführen.
- d) Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten dürfen Ärzte für Innere Medizin, Allgemeinärzte bzw. prakt. Ärzte und ÄoG durchführen.
- e) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern können Ärzte für Kinderheilkunde, Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte und ÄoG durchführen. Ärzte für Orthopädie und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie nur dann, wenn sie die Voraussetzungen für die Durchführung des gesamten Untersuchungsprogramms nach den Richtlinien gemäß Buchstabe e) nachweisen.
- f) Schutzimpfungen (mit Ausnahme der Gelbfieberimpfung) bei Personen ab Beginn des 11. Lebensjahres dürfen alle Ärzte durchführen, wenn sie im Besitz eines gültigen Impfbescheinigung sind. (Gültigkeit des Impfbescheinigung - 3 Jahre)  
Kinderärzte, Kinderchirurgen, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst können Schutzimpfungen in allen Altersgruppen vornehmen.  
Tetanus-/Diphtherie- und Tollwut-Schutzimpfungen dürfen in allen Altersgruppen von allen Ärzten durchgeführt werden.
- g) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für alle an der Durchführung der Früherkennungsmaßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.

8. Leistungen im Rahmen sonstiger Hilfen (ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zur Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch) dürfen diejenigen Ärzte abrechnen, die die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Die Leistungen nach den Nrn. 01821, 01822 und 01828 sind von Vertragsärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.  
Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Sonstige Hilfen in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für die an der Durchführung dieser Maßnahmen beteiligten Ärzte verbindlich.
9. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält, sowie Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln, deren Kosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, müssen als Sprechstundenbedarf angefordert werden, wenn sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Verordnung auf den Namen des Versicherten.

#### § 4

##### **Nichtberechnungsfähige Leistungen**

1. Verrichtungen, für die ein Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenversicherung nicht besteht (BMV-Ä, BMV-ÄE), sind nicht berechnungsfähig. Hierzu zählen insbesondere
- a) Reihen- und Einstellungsuntersuchungen in Betrieben sowie Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit sowie sportärztlicher Tätigkeit,
  - b) Schutzimpfungen, für die mit den Krankenkassen keine Honorarvereinbarung getroffen ist,
  - c) badeärztliche Behandlung,
  - d) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Krankenkassen selbst die Kostenträger sind,
  - e) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten,
  - f) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,

- g) Leistungen im Auftrage des Medizinischen Dienstes sowie der Berufsgenossenschaften und anderer Einrichtungen, sofern nicht vertragliche Regelungen entgegenstehen,
  - h) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulose.
2. Nicht abrechnungsfähig sind außerdem - mit Ausnahme von Erste-Hilfe-Leistungen in dringenden Fällen -
- a) fachfremde Leistungen,
  - b) Leistungen ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Einrichtungen außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
  - c) Leistungen, mit denen der vom überweisenden Arzt/Psychotherapeuten erteilte Auftrag überschritten wird.

## **§ 5**

### **Berechnung von Honorarforderungen aus belegärztlicher Tätigkeit**

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

## **§ 6**

### **Behandlungsausweis**

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

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

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

## § 7

### Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Sachkosten erfolgt quartalsweise.
2. Die Leistungen und Sachkosten sind durch Angabe der Gebührenordnungsnummern auf dem Abrechnungsschein beziehungsweise dem Datenträger nach den ADT-Bestimmungen der KVMV geltend zu machen und unter Verwendung der vorgesehenen Rechnungseinganglisten jeweils bis zum 10. des ersten Vierteljahresmonats für das abgelaufene Vierteljahr bei der Abrechnungsstelle einzureichen. Die Abrechnungsausweise beziehungsweise die Datenträger nach Satz 1 müssen die zur Begründung der Leistungen und Sachkosten erforderlichen Angaben (Diagnosen, Art der Untersuchung bei bestimmten Laborleistungen) enthalten.
3. Der Arzt/Psychotherapeut ist verpflichtet, der KVMV für jedes Abrechnungsvierteljahr schriftlich zu erklären, dass die Abrechnung den Anforderungen des § 3 dieser Richtlinie entspricht und sachlich richtig ist sowie zu bestätigen, dass die interne und gegebenenfalls externe Qualitätssicherung bei Laborleistungen durchgeführt wurde. Für versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ist durch Kennzeichnung aller Leistungen auf dem Kranken- und/oder Überweisungsschein eindeutig hervorzuheben, welche Person die abgerechneten Leistungen bei welcher Diagnose jeweils erbracht hat. Die Kennzeichnung ist dabei sowohl bei manueller als auch bei der Abrechnung mit EDV hinter jeder Leistung zu dokumentieren.
4. Bei der KVMV abgelieferte Abrechnungsunterlagen können vom Arzt/Psychotherapeuten weder korrigiert noch zurückgefordert werden, es sei denn, er verzichtet auf die Abrechnung einzelner Gebührenpositionen oder Behandlungsfälle aufgrund irrtümlicher Liquidation.
5. Wünscht der Arzt/Psychotherapeut von der KVMV Nachweise über die Auswertung seiner Honorarforderung für einzelne Behandlungsfälle, so kann die KVMV dazu besondere Auflagen für die Rechnungslegung erteilen.

6. Werden die Abrechnungsunterlagen ganz oder teilweise nicht fristgerecht abgeliefert, hat dies die Sperrung der monatlichen Abschlagszahlung zur Folge. Für jeden Tag der Überschreitung des Einreichtermins erfolgt zur Deckung des vermehrten Verwaltungsaufwandes eine Einbehaltung von 1 Promille des Umsatzes. Diese Einbehaltung entfällt, wenn auf begründeten Antrag Fristverlängerung erteilt wurde.  
Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Abrechnung berücksichtigt.
7. Die Leistungen und Sachkosten eingereicher Abrechnungen, hierzu zählen auch einzelne Nachzüglerscheine (Vorquartalscheine), werden zu den Bedingungen des zur Abrechnung anstehenden Quartals abgerechnet und vergütet. Separat eingereichte Vorquartalsabrechnungen werden zu den Bedingungen des jeweiligen Vorquartals abgerechnet und vergütet. Abrechnungsunterlagen werden längstens bis zu einem Jahr nach dem dafür maßgeblichen Einreichtermin entgegengenommen. Später geltend gemachte Leistungen und Sachkosten sind verwirkt. Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Abrechnung berücksichtigt. In besonders gelagerten Härtefällen kann der Vorstand der KVMV eine Ausnahmeregelung zugestehen.
8. Da die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. Psychotherapeuten, Institute und Krankenhäuser die Notfalleistungen der Gebührenordnungspositionen 01210 bis 01219 nur berechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist, ist zur Begründung der abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216 und 01218 durch diese Leistungserbringer zusätzlich zu den Regelungen in § 7 die Uhrzeit der Leistungserbringung anzugeben.

## **§ 8**

### **Honorarprüfung**

1. Die KVMV überprüft die Abrechnungsunterlagen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieser Richtlinie und des HVM in ihren jeweils gültigen Fassungen beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche und rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind den Beteiligten nach § 1 dieser Richtlinie bekannt zu geben.  
Über Berichtigungen, die aufgrund zwingender Bestimmungen der Gebührenordnung, der Bundesmantelverträge, dieser Richtlinie und des HVM erforderlich sind, sollen die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) informiert werden, wenn es sich um grundsätzliche Fehlanwendungen der Gebührenordnung handelt. Über Widersprüche gegen sachliche oder rechnerische Berichtigungen entscheidet der Vorstand der KVMV.

2. Die nach rechnerischer und gebührenordnungsgemäßer Berichtigung gestellten Honoraranforderungen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) sind gemäß § 106 in Verbindung mit § 296 und § 297 SGB V von den Prüfungsgremien nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften der Bundesmantelverträge, des Gesamtvertrages einschließlich Prüfvereinbarung sowie der Satzung der KVMV unter Berücksichtigung der Gesamttätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) und aller anzuerkennenden Praxisbesonderheiten auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise zu überprüfen. Soweit Unwirtschaftlichkeit festgestellt wird, können Honorarkürzungen auch in Form prozentualer Abstriche an der Honorarforderung für einzelne oder sämtliche Leistungen oder Leistungsgruppen der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) vorgenommen werden. Honorarberichtigungen, auch solche im Sinne von § 83 Abs. 2 SGB V, bleiben hiervon unberührt.
3. Honorarkürzungen aus einem Abrechnungsvierteljahr können auch nachträglich mit den von den an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) in späteren Abrechnungsquartalen erworbenen Honoraransprüchen in einem angemessenen Zeitraum verrechnet werden.

## **§ 9**

### **Ausnahmeregelung**

1. Da die Auswirkungen dieser Richtlinie, 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 Auswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen, soweit es sich nicht um von den Ärzten/Psychotherapeuten zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung hierüber.
2. Die Zuständigkeit des Vorstandes der KVMV schließt auch den Regelungsbedarf mit ein, der sich aus den Besonderheiten der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen sowie aus dem Statuswechsel von Ärzten im Zusammenhang mit der Abrechnung ergeben kann.

## **§ 10**

### **Zahlungen**

1. Die Honorarforderung eines zugelassenen Arztes/Psychotherapeuten entsteht mit der Vorlage der Abrechnung bei der KVMV gemäß § 7 dieser Richtlinie.

2. Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden zugelassenen Ärzten/Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige monatliche Vorauszahlungen (Abschlagszahlungen) geleistet. Sie betragen grundsätzlich 25 Prozent des Durchschnitts der letzten vier Quartalsabrechnungen. Die Berücksichtigung der „Praxisgebühr“ nach § 43b Abs. 2 i. d. F. des GMG erfolgt bei der Ermittlung der Abschlagszahlungen nach Maßgabe der Entscheidung des Vorstandes.
3. Die Verrechnung der monatlichen Vorauszahlungen erfolgt postnumerando, d. h., dass die in einem Monat geleistete Vorauszahlung abrechnungsmäßig für den vorangegangenen Monat verrechnet wird.
4. Für länger als einen Monat dauernde Krankheit können die Vorauszahlungen reduziert oder bis zur Wiederaufnahme der Praxistätigkeit eingestellt werden, wenn die Praxis nicht durch einen eigenen Vertreter fortgeführt wird.
5. Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden.
6. Bei Eröffnung der Praxis setzt die KVMV die monatlichen Teilzahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach ihrem Ermessen fest.
7. Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger.
8. Von den Zahlungen an die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden (§ 1) werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskosten (vom Hundert-Satz oder Festsatz oder Kombination aus beidem) in Abzug gebracht.
9. Bei Beendigung der ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVMV oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren ausgesetzt oder von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
10. Bei Ärzten/Psychotherapeuten, über deren Vermögen ein (vorläufiges) Insolvenzverfahren eröffnet worden ist, kann die Restzahlung ausgesetzt werden, bis die jeweilige Honorarabrechnung abschließend hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise überprüft worden ist. Anstelle der Aussetzung der Restzahlung ist auch eine Abschlagszahlung im Hinblick auf die zu erwartende Restzahlung möglich.

## § 11

### **Abrechnungsbescheid**

1. Der Arzt/Psychotherapeut erhält von der KVMV einen Abrechnungsbescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung über die für ihn durchgeführte Honorarabrechnung.
2. Gegen den Abrechnungsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVMV eingelegt werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift mit Angabe von Gründen beim Vorstand der KVMV einzulegen. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KVMV. Das Verfahren vor dem Vorstand der KVMV gilt als Vorverfahren gemäß §§ 77 ff. SGG. Für die anfallenden Kosten des Verfahrens findet § 6 Ziffer 2 des HVM Anwendung.
3. Da die Auswirkungen des HVM auf Grundlage des EBM i. d. F. des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.10.2007 nicht in Gänze absehbar sind, stehen die Honorarbescheide unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Aufhebung.
4. Im übrigen bleibt das Recht der KVMV, auch nach Eintritt der Bindungswirkung des Abrechnungsbescheides (§ 77 SGG) Berichtigungen vorzunehmen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit ergeben, unberührt.

## § 12

### **Inkrafttreten**

Die Abrechnungsrichtlinie tritt am 01.01.2008 in Kraft.