

Honorarverteilungsmaßstab

der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

HVM i. d. F. vom 19. Juni 2003



Inhaltsverzeichnis

Teil I	-Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen-	1
Erster Abschnitt. ALLGEMEINES		1
§ 1	Geltungsbereich	1
Zweiter Abschnitt. HONORARABRECHNUNG		1
§ 2	Rechnungslegung	1
§ 3	Abrechnungsfähige Leistungen	2
§ 4	Behandlungsfall	3
§ 5	Überweisungen	3
§ 6	Stationär vertragsärztliche Behandlung	5
Dritter Abschnitt. HONORARPRÜFUNG		5
§ 7	Honorarprüfung	5
Vierter Abschnitt. HONORARVERTEILUNG		5
§ 8	Honorarverteilung – Aufteilung der Gesamtvergütung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich	5
§ 8 a	Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich	7
§ 8 b	Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich	8
§ 9	Individualbudget / Leistungsmengensteuerung	11
§ 10	Voraussetzung für Zuwachs	16
§ 11	Honorarausgleichsfonds (Rückstellung)	17
Fünfter Abschnitt. SONSTIGE BESTIMMUNGEN		17
§ 12	Zahlungen ohne Abrechnungsunterlagen	17
§ 13	Geringfügigkeitsgrenze	17
§ 14	Ärztlicher Bereitschaftsdienst	17
Sechster Abschnitt. IN-KRAFT-TRETEN		18
§ 15	In-Kraft-Treten	18
Teil II	-Ersatzkassen-	19
Erster Abschnitt. ALLGEMEINES		19
§ 1	Geltungsbereich	19
§ 2	Entsprechende Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen	19
Zweiter Abschnitt. HONORARPRÜFUNG		19
§ 3	Honorarprüfung	19
§ 4	Verteilung	19
§ 5	Abweichungen von den Regelungen für die Primärkassen	20
Dritter Abschnitt. IN-KRAFT-TRETEN		22
§ 6	In-Kraft-Treten	22
Anlage 1	Angabe der Gewichtungsfaktoren	23

REGELUNG FÜR DIE HONORARABRECHNUNG UND -VERTEILUNG

Gültig ab 01. Juli 2003

Teil I

- Honorarverteilungsmaßstab -

- Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen -

Erster Abschnitt. ALLGEMEINES

§ 1

GELTUNGSBEREICH

- (1) Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütungen aller Krankenkassen (Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Krankenkasse für Gartenbau, Seekrankenkasse und Bundesknappschaft) mit Ausnahme der Ersatzkassen. Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt ebenfalls für die Vergütung der ärztlichen Leistungen gegenüber den sonstigen Kostenträgern mit Ausnahme der Bestimmungen des 4. Abschnitts. Die Vergütung der sonstigen Kostenträger richtet sich nach den geltenden vertraglichen Bestimmungen.
- (2) Der Honorarverteilungsmaßstab gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachfolgend „Ärzte und Psychotherapeuten“ genannt).

Zweiter Abschnitt. HONORARABRECHNUNG

§ 2

RECHNUNGSLEGUNG

- (1) Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich.
- (2) Abrechnungsgrundlage ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (BMÄ). Außerdem gelten die mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarungen.
- (3) Die Abrechnungsunterlagen sind zu den Terminen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (in weiteren Paragraphen „KV Berlin“ genannt) einzureichen, wie sie vom Vorstand festgelegt und im KV-Mitteilungsblatt veröffentlicht werden.
- (4) Honoraranforderungen an die KV Berlin können nur mit ordnungsgemäß ausgestellten Behandlungsausweisen oder zu Abrechnungszwecken erstellten Datenträgern gestellt werden.

- (5) Mit den Abrechnungsunterlagen ist eine Erklärung folgenden Inhalts abzugeben:

„Ich versichere, dass die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Verrichtungen entsprechen und von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen und den vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen“.

- (6) Für den Fall, dass Abrechnungsunterlagen - ohne vorherige Genehmigung durch den Vorstand - verspätet abgegeben werden, wird folgendes bestimmt:

6.1 Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, besteht kein Anspruch auf Teilnahme an der Verteilung der Gesamtvergütung dieses Quartals oder auf Abschlagszahlungen.

6.2 Wird die vierteljährliche Abrechnung nebst Unterlagen erst nach Fristablauf eingereicht, wird die Abrechnung grundsätzlich bis zum nächsten Kalendervierteljahr zurückgestellt.

6.3 Bei nicht fristgemäßer Abgabe der Abrechnungsunterlagen werden dem Abrechnenden die Kosten für Verwaltungsmehrarbeit auferlegt. Diese betragen bis zu einer Behandlungsfallzahl von insgesamt 500 = € 150,00 und über 500 Behandlungsfälle = € 250,00.

6.4 Der Vorstand kann von dieser Regelung im begründeten Einzelfall abweichen.

- (7) Die Abrechnung von Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres - vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind - abgeschlossen.

Verspätet eingereichte und zur Abrechnung gelangende Leistungen werden grundsätzlich mit den Punktwerten vergütet, die in dem Quartal zur Auszahlung gelangen, in dem sie zur Abrechnung eingereicht werden.

- (8) Monatliche Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Vergütung werden den Vertragsärzten in Höhe von 27,5 % jeweils am Monatsende gewährt.

- (9) Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sämtliche Umstände, die für die Gewährung von Abschlagszahlungen von Bedeutung sind, z. B. eine während des Quartals eingetretene Verminderung der Behandlungsfallzahl oder die eingeschränkte Praxisausübung und eine damit verbundene verminderte Leistungserbringung, der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

§ 3

ABRECHNUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN

- (1) Abrechenbar sind alle Leistungen, die nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und alle Leistungen, die mit den Landesverbänden der Krankenkassen zusätzlich vereinbart sind.

Abrechenbar sind auch delegierbare vertragsärztliche Leistungen, die von ärztlichen oder nichtärztlichen Hilfskräften ausgeführt werden, soweit sie im Einzelfall von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten angeordnet und überwacht werden.

- (2) Gebietsärzte haben sich auf ihr Gebiet zu beschränken.
- (3) Konservierende Zahnbehandlungen durch Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sind nicht abrechnungsfähig.

§ 4 BEHANDLUNGSFALL

Als Behandlungsfall gilt die gesamte von demselben Arzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken vorgenommene Behandlung. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Kranke, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit von demselben Arzt behandelt wird.

§ 5 ÜBERWEISUNGEN

- (1) Als Überweisung gelten Überweisungen zur
 - a) Auftragsleistung als Definitionsauftrag oder Indikationsauftrag
 - b) Konsiliaruntersuchung
 - c) Mitbehandlung
 - d) Weiterbehandlung
- (2) Überweisungen zur Durchführung bestimmter Leistungen (Auftragsleistungen) berechtigen nur zur Ausführung der vom veranlassenden Arzt verordneten Verrichtungen.

Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt.

Das Nähere regelt der Bundesmantelvertrag.

- (3) Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Überweisungsschein oder die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat.
- (4) Überweisungen von Ärzten oder Behandlungsstellen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, dürfen nicht angenommen und abgerechnet werden.
- (5) Die Überweisung an eine andere Behandlungsstelle ist unzulässig, wenn der überweisende Arzt auch an dieser Behandlungsstelle tätig ist. Dies gilt auch im umgekehrten Falle.

- (6) Überweisungsscheine an einen Arzt mit Gebietsbezeichnung dürfen nur von einem Arzt, der vom Zulassungsausschuss für Ärzte für dieses Gebiet zugelassen oder ermächtigt ist, angenommen werden. Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin gelten als Ärzte eines Gebietes.
- (7) Überweisungen zur Ausführung von labordiagnostischen Leistungen des Kapitels O III dürfen nur von den Ärzten angenommen werden, die eine entsprechende Qualifikation und eine Abrechnungsgenehmigung der KV Berlin haben.

Ärzte, die bis zum 01.01.1995 berechtigt waren, Überweisungen zur Durchführung von radioimmunologischen Leistungen und Bindungsanalysen als Auftragsleistungen zu erbringen, sind auch künftig berechtigt, Überweisungen zur Durchführung dieser Leistungen anzunehmen.

- (8) Überweisungen zur Ausführung von histologischen Untersuchungen dürfen grundsätzlich nur von Pathologen angenommen werden.
- (9) Überweisungen zur Ausführung von Röntgenuntersuchungen dürfen nur von Ärzten für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde, Überweisungen zur Strahlenbehandlung nur von Ärzten für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenheilkunde und im Rahmen einer vom Vorstand der KV Berlin erteilten Genehmigung für Weichstrahlen- und Nachbestrahlungstherapie auch von Dermatologen angenommen werden.
- (10) Überweisungen an Zahnärzte sind nicht zulässig. Leistungen, die von Vertragszahnärzten veranlasst werden, dürfen von einem Vertragsarzt nur in den nachstehend genannten Fällen ausgeführt werden, soweit die Gesamtverträge keine andere Regelung treffen:
 - 1. Hinzuziehung eines Arztes für Anästhesie,
 - 2. Überweisung zu Ärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - 3. Überweisung zu Ärzten für Radiologie,
 - 4. Einsendung von Untersuchungsmaterial zu histologischen Untersuchungen und zur Labordiagnostik.

- (11) Für Krankheits- und Urlaubsvertretungen dürfen Überweisungsscheine nicht ausgestellt werden.

- (12) Die Überweisung an einen anderen Arzt derselben Arztgruppe ist vorbehaltlich abweichender Regelungen in den Gesamtverträgen nur zulässig zur:
 - 1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden,
 - 2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Arzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken,
 - 3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

§ 6
STATIONÄR VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ärzte) bzw. § 31 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) anerkannten Belegarzt sowie den von diesem hinzugezogenen Vertragsärzten werden die erbrachten Leistungen entsprechend den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen getroffenen Vereinbarungen abgerechnet.

Dritter Abschnitt. HONORARPRÜFUNG

§ 7
HONORARPRÜFUNG

- (1) Die Abrechnungsstelle stellt die Abrechnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sachlich und rechnerisch richtig.
- (2) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Honoraranforderungen erfolgt gemäß § 106 SGB V durch die Prüfungsgremien nach Maßgabe der Prüfvereinbarung.

Vierter Abschnitt. HONORARVERTEILUNG

§ 8
**HONORARVERTEILUNG – AUFTEILUNG DER GESAMTVERGÜTUNG
IN DEN HAUS- UND FACHÄRZTLICHEN
VERSORGUNGSBEREICH**

- (1) Die Krankenkassen entrichten nach Maßgabe des § 85 Abs. 1 und 2 SGB V eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die KV Berlin. Dieser Betrag erhöht sich um die Zahlungen, die von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen für Leistungen der im Bereich der KV Berlin tätigen Ärzte und Psychotherapeuten und übrigen Leistungserbringer entrichtet werden.

Dieses Ausgabenvolumen steht für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Die Honorarverteilung erfolgt quartalsweise.

- (2) Aus dem je Quartal zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag sind vorweg zu berücksichtigen:
 - a) Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich).
 - b) Vergütung von Leistungen, die von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung honoriert werden; diese werden in der vertraglich vereinbarten Höhe an die Leistungserbringer ausbezahlt.
 - c) Der gemäß § 11 zu bildende Honorarausgleichsfonds (Rückstellung).

- (3) Um die Verteilung des nach Abzug der unter § 8 Abs. 2 aufgeführten Vorwegzahlungen verbleibenden Verteilungsbetrages gemäß § 85 Abs. 4a SGB V bzw. entsprechend den hierzu ergangenen Beschlüssen des Bewertungsausschusses auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich vornehmen zu können, ist wie folgt vorzugehen.

Aus dem verbleibenden (pauschalierten) Verteilungsbetrag sind vorweg abzuziehen:

- Kosten und Kostenerstattungen des EBM
- Vertraglich vereinbarte Kosten und Kostenerstattungen
- Vergütung der Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen. Dazu ist die mitgliederbereinigte und um die vertraglich vereinbarte prozentuale Veränderung der pauschalierten Gesamtvergütung dynamisierte Geldmenge zur Verfügung zu stellen, die im entsprechenden Abrechnungsquartal des Vorjahres zur Verfügung gestanden hat. Der Auszahlungspunktwert ergibt sich durch Division der o. g. Geldmenge durch die Anzahl der von den Erste-Hilfe-Stellen angeforderten Punkte. Als oberer Interventionspunktwert werden 5,11292 Cent festgelegt. Der gegebenenfalls verbleibende Betrag wird der pauschalierten Gesamtvergütung zugeführt.
- In Punkten bewertete Leistungen der ermächtigten Pflegeeinrichtungen. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zu dem rechnerischen Punktwert, der sich aus der Division des durchschnittlichen Honoraranteils der ermächtigten Pflegeeinrichtungen im Jahre 2002 mit dem anerkannten Punktvolumen ergibt.
- Vergütungsanteile für sonstige, in Punkten bewertete, vertragliche Sonderleistungen (GO Nrn. 9055, 5E) auf Basis der durchschnittlichen Vergütungshöhe im Jahre 2002.
- Vergütungsanteile der hausärztlichen Grundvergütung auf Basis der durchschnittlichen Vergütungshöhe im Jahre 2002.
- Vergütungsanteile der durch Hausärzte abgerechneten sog. „KO-Leistungen“ auf Basis der durchschnittlichen Vergütungshöhe der Quartale 1/2002 – 4/2002.
- Vergütungsanteile (Analysekosten) für Laborleistungen des EBM-Kapitels O auf Basis der durchschnittlichen Vergütungshöhe im Jahre 2002. Diese Vergütungsanteile umfassen die von den Fachgruppen abgerechneten Analysekosten für eigenerbrachte Laborleistungen (Eigenlabor) sowie die von den Fachgruppen bundesweit veranlassten Analysekosten (Auftragslabor).
- Sofern vertragliche Vereinbarungen keine anderen Regelungen vorsehen, gilt des Weiteren die Maßgabe, dass vor Aufteilung des pauschalierten Verteilungsbetrages die wegen der Höherbewertung der kurativen Koloskopie zum dem 01.10.2002 in der Gesamtvergütung zur Verfügung stehenden Mittel entnommen und nach Aufteilung des pauschalierten Verteilungsbetrages den Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches zur Verfügung gestellt wird, die die Leistung der kurativen Koloskopie erbringen.

Auf diesen nunmehr verbleibenden Verteilungsbetrag ist der sich entsprechend der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 sowie dessen Ergänzungen ermittelte Trennungsfaktor anzuwenden und ergibt jeweils einen Verteilungsbetrag für den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich.

§ 8 a
HONORARVERTEILUNG IM HAUSÄRZTLICHEN
VERSORGUNGSBEREICH

- (1) Von dem hausärztlichen Verteilungsbetrag wird der Vergütungsanteil für die von Hausärzten im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen, bewertet mit dem durchschnittlichen hausärztlichen Mischpunktwert des Jahres 2002, vorweg in Abzug gebracht.
- (2) Der sich danach ergebende hausärztliche Verteilungsbetrag wird nach dem prozentualen Verhältnis der Honoraranteile der hausärztlichen Fachgruppen zueinander auf Basis des Jahres 2002 und nach Berücksichtigung der Anpassung der Fachgruppen-Laborbudgets auf Basis des Jahresdurchschnitts 2002 in folgende Honorarfonds aufgeteilt:

Honorarfonds der Fachgruppe:	Anteil an hausärztlichem Verteilungsbetrag in %
Honorarfonds der Allgemeinmediziner / Praktiker	
Honorarfonds der hausärztlichen Internisten	
Honorarfonds der Kinderärzte	

- (3) Jedem dieser hausärztlichen Honorarfonds wird nun entsprechend den prozentualen Anteilen der Fachgruppen an der durchschnittlichen Vergütungshöhe der hausärztlichen Grundvergütung im Jahre 2002 ein Vergütungsanteil zugeführt.
- (4) Des Weiteren wird jedem hausärztlichen Honorarfonds entsprechend den prozentualen Anteilen der Fachgruppen an der durchschnittlichen Vergütungshöhe der vertraglichen Sonderleistungen (GO Nrn. 9055, 5E) im Jahre 2002 ein Vergütungsanteil zugeführt.
- (5) Jedem hausärztlichen Honorarfonds wird ein Budget für von der Fachgruppe bundesweit veranlasste Analysekosten für Laborleistungen zugeführt. Die Höhe dieses Budgets richtet sich nach dem von der Fachgruppe im Jahre 2002 durchschnittlich veranlassten Volumen für Laborleistungen. Aus diesem Budget sind die im Abrechnungsquartal von der Fachgruppe veranlassten Analysekosten zu vergüten. Wird das Budget nicht aufgebraucht, fließt der nicht abgerufene Anteil dem jeweiligen Honorarfonds zu. Reicht das Budget nicht zur Vergütung der von der Fachgruppe im Abrechnungsquartal veranlassten Analysekosten aus, wird der dazu notwendige Fehlbetrag aus dem entsprechenden Honorarfonds der Fachgruppe entnommen.

Weiterhin wird jedem hausärztlichen Honorarfonds der durchschnittliche Anteil der Analysekosten des von der Fachgruppe im Jahre 2002 eigenerbrachten Labors zugeführt.

- (6) Erfolgt ein Wechsel vom fachärztlichen in den hausärztlichen Versorgungsbereich ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Dazu wird das Honorar der punktzahlbewerteten Leistungen mit Ausnahme der Einzelleistungen zugrunde gelegt. Das zu transferierende Honorarvolumen ist dem entsprechenden Honorarfonds zuzuführen, in den gewechselt wird. Dies gilt entsprechend bei einem Wechsel innerhalb des hausärztlichen Versorgungsbereiches.

Aus den sich nach den Abs. 2 – 6 ergebenden hausärztlichen Honorarfonds werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 9 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen sowie die Analysekosten des eigenerbrachten Labors vergütet.

§ 8 b **HONORARVERTEILUNG IM FACHÄRZTLICHEN** **VERSORGUNGSBEREICH**

- (1) Von dem fachärztlichen Verteilungsbetrag wird der Vergütungsanteil für die von Fachärzten und Nichtvertragsärzten im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen, bewertet mit dem durchschnittlichen hausärztlichen Mischpunktwert des Jahres 2002, vorweg in Abzug gebracht.
- (2) Die Vergütung der Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und Psychotherapeuten erfolgt nach folgenden Maßgaben:

Die Definition des ausschließlich psychotherapeutischen Vertragsarztes- bzw. Psychotherapeuten ergibt sich aus den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien für die psychotherapeutische Versorgung. Ärzte für psychotherapeutische Medizin, die in einem weiteren Fachgebiet zugelassen sind, fallen nur dann unter die Regelung dieses Absatzes, wenn sie entsprechend der Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien für die psychotherapeutische Versorgung zu mehr als 90% Leistungen des EBM-Kapitels G IV (GO Nrn. 860 – 884) im entsprechenden Basiszeitraum erbracht haben.

Für die Vergütung der zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EBM-Kapitels G IV (GO Nrn. 871 – 884), welche laut des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und Psychotherapeuten gemäß § 85 Abs. 4 SGB V mit einem Mindestpunktwert zu bewerten sind, steht das durchschnittliche Honorarvolumen des Jahres 2002 zur Verfügung, wobei vertraglich vereinbarte zweckgebundene Stützbeträge der Krankenkassen hierbei unberücksichtigt bleiben. Sollte der rechnerische Punktwert dieses Bereiches unter dem Mindestpunktwert liegen, so ist dieser Punktwert zu Lasten des fachärztlichen Verteilungsbetrages zu stützen.

Dieses sich ggf. um die Stützung auf den Mindestpunktwert erhöhte Honorarvolumen wird vorab von dem fachärztlichen Verteilungsbetrag abgezogen.

Die Vergütung der übrigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und Psychotherapeuten unterliegt den Regelungen des § 9 (Individualbudget). Dazu wird das durchschnittliche Honorarvolumen für die übrigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und Psychotherapeuten, welches im Jahre 2002 zur Verfügung gestanden hat, bereitgestellt und aus dem fachärztlichen Verteilungsbetrag in Abzug gebracht.

- (3) Für die Vergütung von in Punkten bewerteten Leistungen im Rahmen von Strukturverträgen für das Ambulante Operieren wird das durchschnittliche Honorarvolumen des Jahres 2002 zur Verfügung gestellt und aus dem fachärztlichen Verteilungsbetrag in Abzug gebracht, wobei vertraglich vereinbarte zweckgebundene Stützbeträge der Krankenkassen hierbei unberücksichtigt bleiben.
- (4) Die Vergütung der Fachärzte und der anderen Leistungserbringer, die nicht unter Abs. 5 aufgezählt werden und unter den sog. Sonstigen Gruppen (nachfolgend FG 99 genannt) zusammengefasst werden, erfolgt nach folgenden Maßgaben:
- a) Basierend auf dem durchschnittlichen Honorarvolumen des Jahres 2002 der FG 99 wird ein Budget gebildet, welches vom fachärztlichen Verteilungsbetrag in Abzug gebracht wird.
 - b) Des Weiteren wird der FG 99 ein Budget für bundesweit veranlasste Analysekosten für Laborleistungen zugeführt. Die Höhe dieses Budgets richtet sich nach dem von der FG 99 im Jahre 2002 durchschnittlich veranlassten Volumen für Laborleistungen. Aus diesem Budget sind die im Abrechnungsquartal von diesen Leistungserbringern veranlassten Analysekosten zu vergüten. Wird das Budget nicht aufgebraucht, fließt der nicht abgerufene Anteil dem unter a) genannten Budget zu. Reicht das zur Verfügung stehende Budget nicht zur Vergütung der veranlassten Analysekosten aus, wird der dazu notwendige Fehlbetrag aus dem unter Abs. 4 a) gebildeten Budget entnommen.
- Weiterhin wird – mit Ausnahme der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und der Mikrobiologen – den Leistungserbringern der FG 99 der durchschnittliche Anteil der Analysekosten für eigenerbrachte Laborleistungen des Jahres 2002 zugeführt.
- c) Aus dem sich nach Abs. 4 a) und b) ergebenden Honorarvolumen werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 9 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen sowie die Analysekosten des eigenerbrachten Labors der FG 99 zusammengefassten Leistungserbringer vergütet. Die Regelungen des § 8b Abs. 6, 9 und 10 gelten entsprechend.
- (5) Der sich nach den Abzügen der Abs. 1 – 4 a) ergebende fachärztliche Verteilungsbetrag wird nach dem prozentualen Verhältnis der Honoraranteile der fachärztlichen Fachgruppen zueinander auf Basis des Jahres 2002 und nach Berücksichtigung der Anpassung der Fachgruppen-Laborbudgets auf Basis des Jahresdurchschnitts 2002 in folgende Honorarfonds aufgeteilt:

Honorarfonds der Fachgruppe:	Anteil an fachärztlichem Verteilungsbetrag in %
Honorarfonds der MRT-Leistungen	
Honorarfonds der Anästhesisten	
Honorarfonds der Augenärzte	
Honorarfonds der Chirurgen	
Honorarfonds der Gynäkologen	
Honorarfonds der Reproduktionsmediziner	
Honorarfonds der HNO-Ärzte	
Honorarfonds der Hautärzte	
Honorarfonds der fachärztlichen Internisten	
Honorarfonds der Nervenärzte/Neurologen/ Psychiater	
Honorarfonds der Lungenärzte	

Honorarfonds der Fachgruppe:	Anteil an fachärztlichem Verteilungsbetrag in %
Honorarfonds der Orthopäden	
Honorarfonds der Radiologen	
Honorarfonds der Strahlentherapeuten	
Honorarfonds der Urologen	
Honorarfonds der Nuklearmediziner	

- (6) Jedem fachärztlichen Honorarfonds wird entsprechend den prozentualen Anteilen der Fachgruppen an der durchschnittlichen Vergütungshöhe der vertraglichen Sonderleistungen (GO Nrn. 9055, 5E) im Jahre 2002 ein Vergütungsanteil zugeführt.
- (7) Jedem fachärztlichen Honorarfonds, mit Ausnahme des Honorarfonds für MRT-Leistungen, wird ein Budget für von der Fachgruppe bundesweit veranlasste Analysekosten für Laborleistungen zugeführt. Die Höhe dieses Budgets richtet sich nach dem von der Fachgruppe im Jahre 2002 durchschnittlich veranlassten Volumen für Laborleistungen. Aus diesem Budget sind die im Abrechnungsquartal von der Fachgruppe veranlassten Analysekosten zu vergüten. Wird das Budget nicht aufgebraucht, fließt der nicht abgerufene Anteil dem jeweiligen Honorarfonds zu. Reicht das Budget nicht zur Vergütung der von der Fachgruppe im Abrechnungsquartal veranlassten Analysekosten aus, wird der dazu notwendige Fehlbetrag aus dem entsprechenden Honorarfonds der Fachgruppe entnommen.

Weiterhin wird jedem fachärztlichen Honorarfonds der durchschnittliche Anteil der Analysekosten des von der Fachgruppe im Jahre 2002 eigenerbrachten Labors zugeführt.

- (8) Der Vergütungsanteil der durch Hausärzte abgerechneten sog. „KO-Leistungen“, der gemäß § 8 Abs. 3 vorweg vom pauschalierten Verteilungsbetrag abgezogen wurde, wird nun dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeführt und zur Vergütung der den sog. „KO-Leistungen“ entsprechenden Leistungen verwandt, die von fachärztlichen Internisten und den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die berechtigt sind diese Leistungen nach dem 31.12.2002 abzurechnen, erbracht werden. Dabei wird je Quartal der zur Verfügung stehende Vergütungsanteil (durchschnittliche Vergütungshöhe der Quartale 1/2002 – 4/2002) durch das von den o.g. Leistungserbringern erbrachte Punktvolumen der den sog. „KO-Leistungen“ entsprechenden Leistungen dividiert. Der sich daraus ergebende Punktwert wird herangezogen, um für die o.g. Leistungserbringer das jeweilige Punktvolumen der den „KO-Leistungen“ entsprechenden Leistungen zu bewerten. Um dieses anteilige Honorar bzw. – nach Multiplikation mit dem Faktor $10 / 0,511292$ – Punktvolumen werden nun die betreffenden Individualbudgets angehoben.
- (9) Leistungen von ermächtigten Ärzten, denen kein Individualbudget zugewiesen werden kann, weil ihre Zulassung nach dem 01.01.2002 erfolgte, werden aus den entsprechenden Honorarfonds mit den um 10 % (bei bis zum 01.07.2003 unbudgetierten Fachgruppen) bzw. 30 % (bei bis zum 01.07.2003 budgetierten Fachgruppen) verringerten durchschnittlichen Fachgruppen-Punktwerten des Jahres 2002 vergütet.

- (10) Erfolgt ein Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Dazu wird das Honorar der punktzahlbewerteten Leistungen mit Ausnahme der Einzelleistungen zugrunde gelegt. Das zu transferierende Honorarvolumen ist dem entsprechenden Honorarfonds zuzuführen, in den gewechselt wird. Dies gilt entsprechend bei einem Wechsel innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereiches.

Aus den sich nach den Abs. 5 – 10 ergebenden fachärztlichen Honorarfonds werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 9 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen sowie die Analysekosten des eigenerbrachten Labors vergütet.

§ 9

INDIVIDUALBUDGET/LEISTUNGSMENGENSTEUERUNG

Nach Maßgabe des § 85 Abs. 4 SGB V gelten folgende Bestimmungen.

- (1) Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für punktzahlbewertete Leistungen ein individuelles Punktzahlvolumen (Individualbudget). Des Weiteren werden bei denjenigen Ärzten, die im Jahre 2002 Laborleistungen des EBM-Kapitels O abgerechnet haben, die in Punkte umgerechneten durchschnittlichen Analysekosten des Eigenlabors des Jahres 2002 in das Individualbudget einbezogen. Das Individualbudget gilt quartalsweise. Wird die ärztliche Tätigkeit im laufenden Quartal aufgenommen oder beendet, reduziert sich das Individualbudget entsprechend.

Das Individualbudget ist an die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit am Niederlassungsort (Adresse) gebunden. Es wird bei Verlegung des Tätigkeitsortes und / oder bei Fortführung durch einen Nachfolger übertragen.

Es kann auch ganz oder teilweise für die Zukunft aufgehoben werden unter der Voraussetzung, dass nicht mehr der gleiche Patientenkreis am neuen Tätigkeitsort oder durch den Nachfolger versorgt wird.

Als Bemessungszeitraum gelten für alle Fachgruppen die Quartale 1/2002 bis 4/2002. Das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen wird aus den individuellen Umsätzen des Durchschnittes des Bemessungszeitraumes getrennt nach Primär- und Ersatzkassen ermittelt.

Aus den Umsätzen werden für die Ermittlung der Individualbudgets folgende Leistungen abgezogen:

- „KO-Leistungen“ der Hausärzte
- Leistungen im Rahmen der Strukturverträge für das Ambulante Operieren
- Leistungen, die von Vertragsärzten in KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen erbracht wurden
- Leistungen, die außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet werden (§ 8 Abs. 2)
- Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
- vertraglich vereinbarte Förderbeträge
- antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen (GO Nrn. 871-884) der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und –therapeuten
- Kosten und Kostenerstattungen des EBM

Die um diese Leistungen geminderten Umsätze werden mit dem Faktor $10 / 0,511292$ multipliziert. Daraus ergibt sich, nach Division durch die Anzahl der Quartale, ein Individualbudget je Arzt bzw. Praxis und Quartal. Dieses durchschnittliche Individualbudget je Quartal wird zum Ausgleich der Quartalsschwankungen der pauschalierten Gesamtvergütung mit einem Gewichtungsfaktor (vgl. Anlage 1) versehen. Im Ergebnis erhält jeder Arzt bzw. jede Praxis ein quartalsbezogenes Individualbudget für all jene Leistungen, die den Regelungen des § 9 unterliegen.

- (2) Leistungen, die Ärzte und Psychotherapeuten über das ihnen zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktvolumen hinaus abrechnen, unterliegen einer Kürzung auf dieses Punktvolumen. Die nach Kürzung verbleibenden maximal zulässigen punktzahlbewerteten Leistungen werden mit einer Fachgruppenquote multipliziert. Das sich daraus ergebende individuelle Punktzahlvolumen wird mit 5,11 Cent vergütet. Die Fachgruppenquote ergibt sich, indem die zur Verfügung stehende Honorarsumme der Fachgruppe, nach vorherigem Abzug der Eigenlabor-Analysekosten der Fachgruppe, durch das Produkt des maximal zulässigen Punktzahlvolumens der Fachgruppe mit 5,11292 Cent dividiert wird.

Wird das zugeordnete maximal abrechenbare Punktzahlvolumen im Abrechnungsquartal von einer Praxis unterschritten, tritt die abgerechnete Leistungsmenge an die Stelle des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens.

Überschreitet das abgerechnete Punktvolumen eines Arztes bzw. Psychotherapeuten das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen, ergeben sich von 5,11292 Cent abweichende praxisindividuelle Punktwerte.

- (3) Ermittlung der durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte:
Die nach Abs. 1 verbleibenden Umsätze je Fach-/Untergruppe, die mit dem Faktor $10 / 0,511292$ multipliziert worden sind, werden durch die Anzahl aller Ärzte der jeweiligen Fach-/Untergruppen im Bemessungszeitraum dividiert.

Für die jeweiligen Fach-/Untergruppen gelten folgende Werte:

Fach-/Untergruppe	Punktzahlengrenzwert
MRT-Leistungserbringer	
Anästhesisten der FG 01	
Augenärzte der FG 04	
Chirurgen der FG 07	
Gynäkologen der FG 10	
Reproduktionsmediziner der FG 11	
HNO-Ärzte der FG 13	
Hautärzte der FG 16	
Hausärztliche Internisten der FG 19	
Fachärztliche Internisten ohne eingetragenen Schwerpunkt der FG 20 / UG1	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Endokrinologie der FG 20 / UG 2	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Gastroenterologie der FG 20 / UG 3	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie der FG 20 / UG 4	

Fach-/Untergruppe	Punktzahlengrenzwert
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Kardiologie (invasiv) der FG 20 / UG 5	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Kardiologie (konvent.) der FG 20/ UG 6	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Nephrologie der FG 20 / UG 7	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Rheumatologie der FG 20 / UG 8	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Pneumologie und Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde der FG 29	
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater der FG 38	
Orthopäden der FG 44	
Radiologen der FG 53	
Strahlentherapeuten der FG 54	
Urologen der FG 56	
Nuklearmediziner der FG 59	
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten der FG 67	
Allgemeinmediziner / Praktiker der FG 80	
Kinderärzte der FG 23 / 24	
Laborärzte der FG 99 /UG 26	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 99 / UG 35	
Kinder- und Jugendpsychiater der FG 99 /UG 40	
Neurochirurgen der FG 99 / UG 41	
Pathologen der FG 99 / UG 47	
Sonstige Leistungserbringer der FG 99 /UG 99	

- (4) Das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) wird grundsätzlich nach Maßgabe folgender Bestimmungen zugeordnet:
- a) Für jeden Vertragsarzt und Psychotherapeuten, der am 01.07.2003 im Bereich der KV Berlin zugelassen war, berechnet sich das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) grundsätzlich auf Basis des Bemessungszeitraumes der Quartale 1/2002 bis 4/2002.
 - b) Einem Vertragsarzt und Psychotherapeuten, der am 01.07.2003 länger als 20 Quartale im Bereich der KV Berlin zugelassen war (sog. **Altpraxis**) und mit seinem Individualbudget unterhalb des jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes seiner Fach-/Untergruppe liegt, wird ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3% bezogen auf das Individualbudget aus dem Bemessungszeitraum vorbehaltlich der Regelung des § 10 zugeordnet; jedoch wird ihm höchstens ein Zuwachs bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe gestattet.

- c) Einem Vertragsarzt und Psychotherapeuten, der am 01.07.2003 im Bereich der KV Berlin, jedoch nicht länger als 20 Quartale zugelassen war (sog. **Jungpraxis**) und mit seinem Individualbudget unterhalb des jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes seiner Fach-/Untergruppe liegt, wird bis zum Erreichen der Niederlassungsdauer einschließlich des 20. Quartals ein Zuwachs bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe gestattet. Erreicht ein Vertragsarzt und Psychotherapeut in diesem Zeitraum den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe nicht, wird ihm das maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltlich der Regelung des § 10, jedoch höchstens bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe gestattet wird. Erreicht oder überschreitet der Vertragsarzt und Psychotherapeut bis zum Erreichen der Niederlassungsdauer einschließlich des 20. Quartals mit seinem maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumen den jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe, wird ihm der jeweilige durchschnittliche Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe zugeordnet, sofern er nicht bereits vor dem 01.07.2003 den jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe überschritten hat und ihm deshalb ein höheres Individualbudget zugeordnet worden ist.
- d) Einem Vertragsarzt und Psychotherapeuten, der nach dem 01.07.2003 im Bereich der KV Berlin zugelassen wird (sog. **Neupraxis**), wird bis zum Erreichen der Niederlassungsdauer bis einschließlich des 20. Quartals ein Zuwachs bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum zugeordnet. Erreicht der Vertragsarzt und Psychotherapeut in diesem Zeitraum den jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum nicht, wird ihm das jeweilige maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltlich der Regelung in § 10, jedoch höchstens bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe zugeordnet wird.
- e) Bei Übernahme einer Praxis wird das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen des Vorgängers übernommen. Die Regelungen des § 9 Abs. 1 Satz 5, 6 und 7 gelten entsprechend. Liegt dieses übernommene Punktzahlvolumen unterhalb des jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum, wird bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 20 abgeschlossenen Quartalen ein Zuwachs bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte der Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum gestattet. Erreicht der Vertragsarzt und Psychotherapeut in diesem Zeitraum den jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum nicht, wird ihm das jeweilige maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltlich der Regelung in § 10, jedoch höchstens bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe zugeordnet wird.

- f) Für den internistischen Vertragsarzt, der zum 01.01.2001 oder später vom hausärztlichen Versorgungsbereich in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt ist, gelten die Bestimmungen der sog. Neupraxis entsprechend § 9 Abs. 4 d, falls sein Individualbudget unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes seiner Fach-/Untergruppe liegt. Diese Regelungen gelten nicht, sofern er bereits vor dem 01.07.2003 den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert überschritten hat und ihm ein höheres Individualbudget zugeordnet wurde.
- (5) Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Bemessungszeitraum unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausgeübt haben, werden mit ihrem Individualbudget dem Honorarfonds zugeordnet, aus dem im Bemessungszeitraum der überwiegende Anteil der Leistungen erbracht wurde. Diese Zuordnung basiert auf dem anerkannten Punktzahlvolumen und wird jährlich neu überprüft. Ärzte, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben, von denen ein Gebiet der hausärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, werden entsprechend dem Beschluss des Bewertungsausschusses mit ihrem Gesamtleistungsbedarf dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet.
- (6) Für Gemeinschaftspraxen gelten folgende Regelungen:
- a) Bei einer Gemeinschaftspraxis, die am 01.07.2003 und im Bemessungszeitraum in der jetzigen Zusammensetzung am derzeitigen Tätigkeitsort bestanden hat, berechnet sich das Individualbudget auf Basis der Quartale 1/2002 bis 4/2002, wobei für versorgungsbereichs- und fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen jedem Leistungserbringer ein gesondertes Individualbudget zugewiesen wird. Die Summe der den einzelnen Leistungserbringern einer versorgungsbereichs- bzw. fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zugewiesenen Individualbudgets stellt das maximal abrechenbare Punktzahlvolumen (Individualbudget) für diese Praxen dar, so dass Verrechnungen von Über- bzw. Unterschreitungen zwischen den jeweiligen Individualbudgets der Leistungserbringer bis maximal zur Summe der einzelnen Individualbudgets der Praxis möglich sind.
- b) Bei einer Gemeinschaftspraxis, die nicht unter die in Abs. 6 a aufgeführte Regelung fällt, wird das Individualbudget je nach Zusammensetzung der Partner – mit Ausnahme des Job-Sharing-Partners – berechnet aus:
- den Individualbudgets eines oder mehrerer Partner bzw. einer Gemeinschaftspraxis
 - dem maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumen (Individualbudget) mit einem erlaubten Zuwachs von jährlich 3 % vorbehaltlich der Regelung des § 10, jedoch höchstens bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der entsprechenden Fach-/Untergruppe
 - dem Zuwachs (maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen) bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe für die Dauer von 20 abgeschlossenen Quartalen.
- c) Bei Ausscheiden eines Partners – mit Ausnahme des Job-Sharing-Partners – erhält der Ausscheidende bei Fortführung der ärztlichen Tätigkeit dasjenige Individualbudget, welches er in die Gemeinschaftspraxis eingebracht hat bzw. während der Zusammensetzung realisiert hat. Lässt sich ein maximal abrechenbares Punktzahlvolumen nicht einem Teilnehmer konkret zuordnen, erhält er den nach Köpfen bemessenen arithmetischen Durchschnittswert. Der Vorstand kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Antragsteller darlegt, dass ihm nachweislich ein höherer Anteil zusteht. Zum

Nachweis geeignet ist in der Regel der Gemeinschaftspraxisvertrag in seiner zuletzt gegenüber dem Zulassungsausschuss vorgelegten Fassung, die Gewinnverteilung bzw. Teilungserklärung.

- (7) Eine Praxis behält das ihr zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) sowohl bei einem Versorgungsbereichswechsel, als auch bei einem Wechsel der Fach-/Untergruppe innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereiches.
- (8) Sofern ein Job-Sharing-Arzt (angestellter und/oder zugelassener) in einer Praxis tätig wird, wird das Individualbudget des Arztes, dem der Job-Sharing-Arzt zugeordnet ist, um 3 % hiervon erhöht. Für den Fall, dass der Arzt, dem der Job-Sharing-Arzt zugeordnet wird, noch keine abgeschlossenen 20 Quartale zugelassen ist, wird das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen des Arztes um 3 % hiervon erhöht; zugestanden wird damit ein Zuwachs für die Dauer von 20 Quartalen höchstens bis zum jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zuzüglich 3 %.
- (9) In begründeten Fällen kann ein Leistungserbringer beim Vorstand eine Neu- festsetzung seines maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumens (Individualbudget) beantragen, insbesondere
 - wegen Praxisschließungen ohne Praxismachfolge im Umfeld des Antragsstellers und entsprechender Patientenübernahme
 - wegen Erlöschen von Ermächtigungen von Krankenhausärzten
 - wegen längerer Erkrankung im Bemessungszeitraum
 - wegen veränderter Praxisstruktur.
- (10) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses HVM die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand im Einzelfall zu beschließen.
- (11) Die Individualbudgets können im Übrigen auf Antrag oder von Amts wegen durch den Vorstand geändert werden, insbesondere aufgrund nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigungen einschließlich Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder sonstiger Kürzungsmaßnahmen sowie bei einer Rechtsänderung, die eine andere Berechnung des Individualbudgets der Höhe nach ergibt.

§ 10 VORAUSSETZUNG FÜR ZUWACHS

Ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % für sog. Altpraxen wird unter der Voraussetzung zugeordnet, dass die vertragsärztliche Praxis ihren anerkannten Leistungsbedarf, der dem Individualbudget unterliegt, in Punkten gegenüber dem Bemessungszeitraum bzw. nach dem Wechsel des Status einer sog. Jungpraxis zu einer sog. Altpraxis gegenüber dem jeweiligen durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe gesteigert hat; ist keine Steigerung erfolgt, wird ein Zuwachs nicht zugestanden.

§ 11
HONORARAUSGLEICHSFONDS (RÜCKSTELLUNG)

- (1) Zur Deckung verspätet eingereicherter Honoraranforderungen und nachträglicher Berichtigungen (Rechnerische Richtigstellung, Entscheidungen der Prüfungsgremien) wird ein Honorarausgleichsfonds in Höhe von 2,0 % der Gesamtvergütung aller Krankenkassen gebildet. Das für diese Zwecke nicht benötigte Honorar gelangt jeweils im folgenden Quartal zur Auszahlung an die Vertragsärzte.
- (2) Zur Deckung von Ansprüchen, die sich aus Rechtsstreitigkeiten bezüglich des HVM oder des EBM ergeben, kann der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen weitere Rückstellungen aus den jeweiligen Honorarfonds des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches bilden. Das für diese Zwecke nicht benötigte Honorar gelangt jeweils in dem auf den rechtskräftigen Abschluss der Rechtsstreitigkeiten folgenden Quartal mit der Gesamtvergütung zur Auszahlung an die Vertragsärzte.

Fünfter Abschnitt. SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 12
ZAHLUNGEN OHNE ABRECHNUNGSUNTERLAGEN

Soweit die KV Berlin Abrechnungsunterlagen infolge Feuer, Wasser, Diebstahl oder sonstiger Zerstörung den Kostenträgern und den Ärzten nicht mehr zur Verfügung stellen kann, ist das Honorar nach dem Verhältnis der Zahlungen der letzten vier Quartale zu verteilen.

§ 13
GERINGFÜGIGKEITSGRENZE

Bei sachlich rechnerischen Berichtigungen werden pro Arzt/pro Krankenkasse/pro Quartal mit nicht mehr als 2.000 Punkten oder Kosten mit nicht mehr als € 75,00 Gut- oder Lastschriften nicht vorgenommen. Bescheide werden nicht erteilt.

§ 14
ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

Die im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen werden nach den Bestimmungen der Notfalldienstordnung und den entsprechenden Nummern der vereinbarten Gebührenordnung abgerechnet und vergütet.

Wegepauschalen werden dem am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Arzt nicht bezahlt.

Die Vertreterversammlung bestimmt den auf den einzelnen am organisierten Bereitschaftsdienst teilnehmenden Nichtvertragsarzt entfallenden Fuhrkostenbeitrag.

Sechster Abschnitt. IN-KRAFT-TRETEN

§ 15 IN-KRAFT-TRETEN

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt am 01. Juli 2003 in Kraft und endet mit dem Wirksamwerden eines neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

Teil II
- Honorarverteilungsmaßstab -
- ERSATZKASSEN -

Erster Abschnitt. ALLGEMEINES

§ 1
GELTUNGSBEREICH

- (1) Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütungen aller Ersatzkassen.
- (2) Der Honorarverteilungsmaßstab gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin teilnehmenden Ärzte sowie für die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen.

§ 2
ENTSPRECHENDE ANWENDUNG DES
HONORARVERTEILUNGS-MAßSTABES KRANKENKASSEN
MIT AUSNAHME DER ERSATZKASSEN

Dieser Honorarverteilungsmaßstab beinhaltet die Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabes - Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen - entsprechend.

Ausgenommen ist § 2 Abs. 2.

Zweiter Abschnitt. HONORARPRÜFUNG

§ 3
HONORARPRÜFUNG

Abrechnungsgrundlagen sind das Leistungsverzeichnis und die Abrechnungsbestimmungen der E-GO sowie die mit den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossenen Vereinbarungen.

§ 4
VERTEILUNG

Bei der Verteilung des Honorars, entsprechend den Regelungen für die Primärkassen im Teil I dieses Honorarverteilungsmaßstabes, wird nicht zwischen den Gesamtvergütungen der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen unterschieden.

§ 5
ABWEICHUNGEN VON DEN REGELUNGEN FÜR DIE
PRIMÄRKASSEN

Abweichend vom Primärkassen-HVM gelten für die Honorarverteilung der Ersatzkassen folgende Regelungen:

- (1) Belegärztlich erbrachte Leistungen unterliegen nicht den Regelungen des § 9 des Primärkassen-HVM.
- (2) Für die Vergütung der belegärztlich erbrachten Leistungen wird zunächst das Honorarvolumen (mitgliederbereinigt und entsprechend der Vertragsabschlüsse weiterentwickelt) ermittelt, welches im jeweiligen Quartal des Jahres 2000 zur Verfügung gestanden hat. Die Honorarfonds aller fachärztlichen Fachgruppen sind jeweils um die entsprechenden belegärztlichen Anteile zu bereinigen.
- (3) Aus dem Honorarvolumen des Ambulanten Operierens werden folgende Leistungen zusätzlich vergütet:
 - EBM-Ziffer 746
 - EBM-Ziffer 765 sowie die in Zusammenhang mit der Leistung nach 765 erbrachten und im Strukturvertrag mit den Ersatzkassen benannten Ziffern aus dem Kapitel F IV (Gastroenterologie) des EBM.

Für die Vergütung dieser Leistungen wird das Honorarvolumen des Bereiches Ambulantes Operieren vergrößert um den Anteil, der für die Vergütung o. g. Leistungen im Vorjahresquartal zur Verfügung gestanden hat. Die Honorarfonds der Fachgruppen sind entsprechend zu verkleinern.

- (4) Die Vergütung der in Punkten bewerteten Leistungen im Rahmen von Strukturverträgen für das Ambulante Operieren und der belegärztlich erbrachten Leistungen erfolgt nach folgenden Maßgaben:
 - a) Der dem Katalog des Strukturvertrages Ambulantes Operieren entsprechende Anteil des Teilbudgets Ambulantes Operieren und das unter Abs. 2 gebildete Teilbudget für die belegärztliche Tätigkeit werden zusammengeführt.
 - b) Zu diesen unter a) zusammengeführten Teilbudgets werden gemäß der Vergütungsvereinbarung 0,6% der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.
 - c) Aus diesem so gebildeten Honorarvolumen wird für die im Katalog der förderungswürdigen krankenhausersetzenden ambulanten Operationen und für die belegärztlichen Leistungen ein einheitlicher Punktwert ermittelt.
- (5) Für die Anteile der Honorarfonds der Fachgruppen am haus- bzw. fachärztlichen Verteilungsbetrag sowie die Punktzahlengrenzwerte der Fach-/Untergruppen gelten folgende Werte:
 - a) Aufteilung des hausärztlichen Verteilungsbetrages:

Honorarfonds der Fachgruppe:	Anteil an hausärztlichem Verteilungsbetrag in %
Honorarfonds der Allgemeinmediziner / Praktiker	
Honorarfonds der hausärztlichen Internisten	
Honorarfonds der Kinderärzte	

b) Aufteilung des fachärztlichen Verteilungsbetrages:

Honorarfonds der Fachgruppe:	Anteil an fachärztlichem Verteilungsbetrag in %
Honorarfonds für MRT-Leistungen	
Honorarfonds der Anästhesisten	
Honorarfonds der Augenärzte	
Honorarfonds der Chirurgen	
Honorarfonds der Gynäkologen	
Honorarfonds der Reproduktionsmediziner	
Honorarfonds der HNO-Ärzte	
Honorarfonds der Hautärzte	
Honorarfonds der fachärztlichen Internisten	
Honorarfonds der Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	
Honorarfonds der Lungenärzte	
Honorarfonds der Orthopäden	
Honorarfonds der Radiologen	
Honorarfonds der Strahlentherapeuten	
Honorarfonds der Urologen	
Honorarfonds der Nuklearmediziner	

c) Durchschnittliche Punktzahlengrenzwerte der jeweiligen Fach-/Untergruppen:

Fach-/Untergruppe	Punktzahlengrenzwert
MRT-Leistungserbringer	
Anästhesisten der FG 01	
Augenärzte der FG 04	
Chirurgen der FG 07	
Gynäkologen der FG 10	
Reproduktionsmediziner der FG 11	
HNO-Ärzte der FG 13	
Hautärzte der FG 16	
Hausärztliche Internisten der FG 19	
Fachärztliche Internisten ohne eingetragenen Schwerpunkt der FG 20 / UG 1	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Endokrinologie der FG 20 / UG 2	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Gastroenterologie der FG 20 / UG 3	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie der FG 20 / UG 4	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Kardiologie (invasiv) der FG 20 / UG 5	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Kardiologie (konvent.) der FG 20/ UG 6	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Nephrologie der FG 20 / UG 7	
Fachärztliche Internisten mit eingetragenen Schwerpunkt Rheumatologie der FG 20 / UG 8	

Fach-/Untergruppe	Punktzahlengrenzwert
Fachärztliche Internisten mit eingetragenem Schwerpunkt Pneumologie und Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde der FG 29	
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater der FG 38	
Orthopäden der FG 44	
Radiologen der FG 53	
Strahlentherapeuten der FG 54	
Urologen der FG 56	
Nuklearmediziner der FG 59	
ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und –therapeuten der FG 67	
Allgemeinmediziner / Praktiker der FG 80	
Kinderärzte der FG 23 / 24	
Laborärzte der FG 99 /UG 26	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 99 / UG 35	
Kinder- und Jugendpsychiater der FG 99 /UG 40	
Neurochirurgen der FG 99 / UG 41	
Pathologen der FG 99 / UG 47	
Sonstige Leistungserbringer der FG 99 /UG 99	

Dritter Abschnitt. IN-KRAFT-TRETEN

§ 6 IN-KRAFT-TRETEN

Die Regelungen des § 1 bis § 5 treten am 01. Juli 2003 in Kraft und endet mit dem Wirksamwerden eines neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

Berlin, 12.06.2003
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Dr. Herbert Menzel
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Anlage 1

Angabe der Gewichtungsfaktoren

	Primärkassen	Ersatzkassen
3. Quartal 2003	0,9478	0,9236
4. Quartal 2003	1,0739	1,0645
1. Quartal 2004	1,0338	1,0049
2. Quartal 2004	0,9445	1,0070