

VM 7 vom 21.02.2017

Zwischen der

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK-Landesverband NORDWEST**
zugleich für die
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- BARMER
- Techniker Krankenkassen (TK)
- DAK – Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V¹ folgender

Verteilungsmaßstab (VM 7)

zur Verteilung der Gesamtvergütungen

im Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

vereinbart:

¹ Es gilt das Gesetz in der für den Zeitraum vom 01.07.2007 – 31.12.2007 geltenden Fassung.

§ 1

Geltungsbereich

(1) Der VM 7 gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg teilnehmenden Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen (nachfolgend Vertragsärzte genannt). Er gilt auch für die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen zu Lasten der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen.

(2) Die Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Bundesknappschaft, der See-Krankenkasse und der Ersatzkassen erfolgen nach dem gemäß § 87 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM), den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 85 SGB V, den Bestimmungen der Verträge mit den Kostenträgern bzw. deren Verbänden und den Bestimmungen des VM 7. Die vorgenannten Gebührenordnungspositionen des EBM umfassen auch solche mit Suffixen, soweit im Folgenden nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird. Die in diesem VM 7 aufgeführten Vorschriften finden, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, in der Fassung Anwendung, welche für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007 gültig waren.

(2a) Die Bildung von Regelleistungsvolumen (RLV) erfolgt auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner

- 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 (im Folgenden 93. BA),
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 106. Sitzung am 08. November 2005 (im Folgenden 106. BA),
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 111. Sitzung am 16. Dezember 2005 (im Folgenden 111. Sitzung),
- des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung vom 16. Dezember 2005,
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses durch schriftliche Beschlussfassung in seiner 112. Sitzung (im Folgenden 112. BA),
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses durch schriftliche Beschlussfassung in seiner 115. Sitzung (im Folgenden 115. BA) sowie
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses durch schriftliche Beschlussfassung in seiner 117. Sitzung (im Folgenden 117. BA)

mit Wirkung für das III. und IV. Quartal 2007 mit der Maßgabe, dass

- a) für die Ermittlung der Fallpunktzahl die Anlage 2 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 89. Sitzung vom 13.05.2004 sowie
- b) für die Ermittlung der Arztgruppentöpfe die Anlage 1 des vorgenannten Beschlusses zu berücksichtigen ist.

Dies umfasst auch Beschlüsse, auf die im vorgenannten Beschluss in der 93. Sitzung konkret Bezug genommen wird. Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden in diesem VM 7 und seinen Anlagen durch die Beschlüsse zugelassene Konkretisierungen vereinbart werden.

(3) Abrechnungsfähig sind nur Leistungen, die die Vertragsärzte persönlich erbracht haben. Das sind alle von diesen Ärzten selbst ausgeführten Leistungen sowie Leistungen von Assistenten oder Vertretern, die die Vertragsärzte berechtigterweise in ihrer Praxis beschäftigt haben (Assistenten müssen vorher von der KVH genehmigt worden sein; Vertreter dürfen nur wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübung beschäftigt werden und Vertretungen von mehr als einer Woche müssen der KVH vorher mitgeteilt worden sein). Zu den vom Vertragsarzt persönlich erbrachten Leistungen gehören auch die von ihm angeordneten Hilfeleistungen seiner nicht-ärztlichen Mitarbeiter, wenn diese für die Hilfeleistungen qualifiziert sind und der Arzt an den Hilfeleistungen durch eine je nach Lage des Falles mehr oder weniger intensive persönliche Anleitung oder Beaufsichtigung verantwortlich mitgewirkt hat. Leistungen, ohne dass der Vertragsarzt oder sein Vertreter in der Praxis anwesend waren und korrigierend eingreifen konnten, sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen gelten die Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen Versorgung.

§ 2

Bewertung der ambulanten Leistungen

(1) Die abgerechneten Leistungen werden vorbehaltlich der Bestimmungen der Absätze 2, 3 sowie der Regelungen in § 3 mit den Punktzahlen oder Beträgen des EBM und der Gesamtverträge bewertet.

(2) Kosten, die nach den Bestimmungen des EBM berechnet werden können, aber nicht unter die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 EBM fallen, werden in der im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Höhe erstattet. Bei Berechnung der Kosten des Einzelfalles sind gewährte Rabatte, auch Naturalrabatte und Rückvergütungen kostenmindernd in voller Höhe zu berücksichtigen; Skonti bis zur Höhe von 3% der Rechnungssummen bleiben unberücksichtigt.

(3) Portokosten im Zusammenhang mit AU-Bescheinigungen werden abweichend von den Bestimmungen des Kapitels 40 EBM nur in Höhe der Frankatur für die Einsendungen an die Verteilerstelle bei der KVH (abzüglich eventueller Strafporti) erstattet.

§ 3

Wegepauschalen

(1) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412 und 01721 EBM, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in Nr. 01414 EBM genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach Nr. 05230 EBM eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

- a) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
3,20 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

- b) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
6,30 Euro (Abrechnungsnummer 97235);
- c) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
9,20 Euro (Abrechnungsnummer 97236);
- d) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 im Kernbereich bis zu 2 km Radius:
6,30 Euro (Abrechnungsnummer 97237);
- e) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius:
9,80 Euro (Abrechnungsnummer 97238);
- f) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius:
13,20 Euro (Abrechnungsnummer 97239);
- g) Pauschale für einen Besuch nach Nr. 01410 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 EBM:
10,70 Euro (Abrechnungsnummer 97160);
- h) Pauschale für einen Besuch nach Nrn. 01411 oder 01412 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 EBM:
14,80 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

(2) Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet. Die KVH stellt jedem Vertragsarzt hierfür eine Karte im Maßstab 1 : 50.000 zur Verfügung, auf der sowohl der Praxissitz als auch die Grenzen für den Rand und den Fernbereich eingezeichnet sind.

(3) Die Wegepauschalen sind je Besuch bzw. Visite unabhängig davon berechnungsfähig, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche.

(4) Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.

(5) Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

(6) Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung der Wegepauschalen vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen des § 3 VM 7, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

§ 4

Bewertung der stationären – belegärztlichen – Leistungen

Die Leistungen der belegärztlichen Behandlung gem. §§ 38 ff Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. §§ 30 ff Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen werden nach Anlage A zum VM 7 bewertet.

§ 5

Ärztlicher Notfall- und Bereitschaftsdienst

(1) Die im Rahmen des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg erbrachten Leistungen sind getrennt von den übrigen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und auf den hierfür bestimmten besonderen Abrechnungsscheinen nach den Anweisungen der KVH abzurechnen.

(2) Für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg, die nicht mit zur Verfügung gestellten Taxen durchgeführt werden, erhält der Arzt Wegepauschalen gem. § 3. § 3 Abs. 3 bis 5 gelten entsprechend.

(3) Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Funktaxi ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Funktaxi, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Funktaxen befahrenen Bezirk anstelle der Wegeentschädigung nach Absatz 2 den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag.

(4) Die Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 gelten nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden; diese Leistungen sind auf dem Abrechnungsschein für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19 der Vordruckvereinbarung) abzurechnen.

§ 6

Mengenbegrenzung

(1) Zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes (§ 85 Abs. 4 SGB V) kann die Abrechnung des Arztes insgesamt, für einzelne Leistungen oder für bestimmte Leistungsgruppen begrenzt werden. Begrenzungsregelungen sind Bestandteil des VM 7. § 1 Abs. 2a gilt.

(2) Steigen bei einer Praxis die tatsächlichen Fallzahlen des Abrechnungsquartals im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal über alle Kassenarten (Primärkassen, Ersatzkassen) um mehr als 20 %, bleiben die darüber hinausgehenden Fälle bei der Abrechnung unberücksichtigt. Hiervon ausgenommen sind Neuzulassungen nach dem 31.03.2002, Vertragsärzte, die eine im Verhältnis zur Arztgruppe bzw. zum Kontingent unterdurchschnittliche Fallzahl versorgen und Fälle des § 11 Absatz 1 Buchstabe g) dieses VM 7.

§ 7

Verteilung der Gesamtvergütungen

(1) Zur Verteilung nach diesem VM 7 werden die Gesamtvergütungen der Krankenkassen durchgehend nach Kassenarten (Primärkassen, Ersatzkassen) zusammengefasst. Hiervon ausgenommen sind die Verteilung nach § 10 Absatz 3 sowie § 11 Absatz 2 bis 6 nach diesem VM 7. Aus den Vergütungen der Krankenkassen sind vorab die in § 8 genannten Beträge zu verteilen. Ferner sind die für die Hausärztliche Grundvergütung, für die Leistungen, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart wurde und die zur Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen der kurativen Koloskopie vorgesehenen Beträge sowie die für entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen benötigten Beträge zurückzustellen.

Der danach verbleibende Anteil der Gesamtvergütungen wird in Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 4a SGB V vom 16. Februar 2000 in der jeweils gültigen Fassung in einen hausärztlichen Anteil (§ 10) und einen fachärztlichen Anteil (§ 11) getrennt.

Die sockelwirksam nach dem HVM der KVH vom 14. Dezember 1995 in der Fassung vom 12. Juni 2003 in die hausärztlichen bzw. fachärztlichen Anteile überführten Vergütungen für die Leistungen im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg - mit Ausnahme des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten und der ärztlichen Rufbereitschaft für eine Notfallpraxis, weiter die Vergütungen der ambulanten ärztlichen Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen sowie die Vergütungen der Leistungen gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (sog. k.o.-Leistungen) verbleiben in den Anteilen der Versorgungsbereiche.

(2) Wechselt ein Arzt von der hausärztlichen Versorgung zur fachärztlichen Versorgung oder umgekehrt, nimmt er den auf ihn in den vier entsprechenden

Quartalen des Vorjahres entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung gem. §§ 10 bzw. 11 in den Vergütungsanteil für den neuen Versorgungsbereich mit.

§ 8

Allgemeine Vorwegabzüge

Aus den Gesamtvergütungen der Krankenkassen sind vorab zu berücksichtigen:

- a) die für die Taxikosten und die Kosten der Einrichtungen des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg bestimmten Beträge,
- b) Kostenpauschalen für Dialysen und andere Kostenerstattungen bzw. Pauschalen nach EBM, Verträgen oder VM 7,
- c) ärztliche Leistungen bei Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32 EBM (z.Zt. Nrn. 12210, 12220, 12225, 32000, 32001 EBM) mit dem Punktwert 3,46 Cent.

§ 9

Psychotherapeutische Gesamtvergütungsanteile

(1) Für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wird ein Honorarkontingent, das dem Anteil dieser Leistungen am Honorarkontingent nach § 11 HVM a.F. in den Ausgangsquartalen 1/2004 bis 4/2004 (vor Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V) entspricht. Der sich daraus ergebende Betrag wird auf die entsprechenden Punktzahlen für Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aufgeteilt. Die so ermittelten Punktwerte werden als Auszahlungspunktwerte auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach Abrechnung mit diesen Punktwerten verbleibenden Beträge werden je Kassenart dem psychotherapeutischen Honorarausgleichsfonds zugefügt. Für die Verteilung gelten im Übrigen nachfolgende Besonderheiten.

(2) Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde sowie für Psychotherapeutische Medizin werden mindestens mit einem Punktwert vergütet, der nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses gem. § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -psychotherapeuten gem. § 85 Abs. 4a SGB V in jeweils aktueller Fassung berechnet wird.

(3) Unterschreitet der nach Abs. 1 ermittelte Punktwert den Mindestpunktwert nach Abs. 2, so werden die in Abs. 2 beschriebenen Leistungen mit dem Mindestpunktwert bewertet.

(4) Reichen die zur Vergütung nach den vorstehenden Regelungen eingestellten Mittel auch nach Auflösung von Rückstellungen nicht aus, sind diese dem fachärztlichen Versorgungsbereich zu entnehmen.

Dies gilt auch für die Vergütung der probatorischen Sitzungen nach der GOP 35150 EBM, wenn und soweit die für die Vergütung zum vom BSG vorgegebenen Mindestpunktwert (BSG, 28.5.2008, B 6 KA 9/07) in Höhe von 2,56 Cent in die Unterkontingente 1 und 2 eingestellten Mittel nicht vollständig ausreichen.

§ 10

Hausärztliche Gesamtvergütungsanteile

(1) Aus dem Anteil der Gesamtvergütungen, die auf den hausärztlichen Bereich entfallen, sind vorab zu berücksichtigen:

- a) die von Hausärzten abgerechneten Leistungen, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart wurde sowie entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen in der gem. § 7 Abs. 1 Satz 4 zurückgestellten Höhe,
- b) die auf Hausärzte entfallenden Rückstellungen gem. § 14,
- c) aus dem sockelwirksam für Leistungen im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg mit Ausnahme des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten und der ärztlichen Rufbereitschaft für eine Notfallpraxis eingestellten Betrag die ärztlichen Notfalleistungen mit dem sich aus diesem Kontingent ergebenden Punktwert, mindestens mit 3 Euro-Cent und höchstens mit 5,11 Euro-Cent,
- d) ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit 90 % des Punktwertes 3,05 Cent zu vergüten; ambulante ärztliche Notfalleistungen im Rahmen der von Hausärzten am Krankenhaus organisierten Notfalldienste sowie kinderärztliche Versorgung im Rahmen der Rufbereitschaft für die Notfallpraxen Altona und Farmsen mit dem Punktwert 3,05 Cent; am Tag der Notfallversorgung ist neben den EBM-Nrn. für die erbrachten Leistungen die Nr. 99506 in der Abrechnung anzugeben,
- e) von hausärztlichen ermächtigten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen erbrachte Leistungen mit dem Punktwert 3,05 Cent, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach den weiteren Regelungen dieses VM 7 für Vertragsärzte.

(2) Der Teil der Gesamtvergütungen, der nach Anlage G auf die Hausärztliche Grundvergütung entfällt, wird in der gem. § 7 Abs. 1 Satz 4 zurückgestellten Höhe auf die entsprechenden Punktzahlen für Leistungen nach den Nrn. 03000 und 04000 EBM aufgeteilt. Die sich daraus ergebenden Punktwerte in Euro-Cent werden als Auszahlungspunktwerte auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach

der Abrechnung mit diesen Punktwerten verbleibenden Beträge einem hausärztlichen Honorarausgleichsfond zugeführt.

(3) Aus den danach verbleibenden Beträgen werden kassenartenübergreifend die zwei folgenden Unterkontingente gebildet:

1. Ein Unterkontingent 1 in Höhe der für die Vergütung von Leistungen erforderlichen Mittel, die den Regelungen für Regelleistungsvolumen (RLV) nach Anlage B VM 7 unterliegen und mit dem vereinbarten festen Punktwert von 3,0 Cent vergütet werden,
2. ein Unterkontingent 2 für die vorgenannten Leistungen im Falle der Überschreitung der RLV nach Anlage B VM 7 sowie für die Vergütung von Leistungen die nicht den Regelungen für RLV nach Anlage B VM 7 unterliegen.

Die Vergütung im Unterkontingent 1 und 2 richtet sich nach Anlage B VM 7. Der Restpunktwert für die Vergütung der Leistungen im Unterkontingent 2 ergibt sich durch Division der in das Unterkontingent 2 eingestellten Mittel durch die abgerechneten Punktzahlen. Dieser Punktwert in EUR Cent wird als Restpunktwert für das Unterkontingent 2 auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet und ist ggf. auf den vereinbarten festen Punktwert für das Unterkontingent 1 zu begrenzen.

Werden die in die Unterkontingente 1 bis 2 eingestellten Beträge in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge dem HAF zugeführt.

§ 11

Fachärztliche Gesamtvergütungsanteile

(1) Aus dem Anteil der Gesamtvergütungen, die auf den fachärztlichen Bereich (ohne psychotherapeutische Gesamtvergütungsanteile nach § 9 VM 7) entfallen, sind vorab zu berücksichtigen:

- a) die von Fachärzten abgerechneten Leistungen, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart wurde sowie entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen in der gem. § 7 Abs. 1 Satz 4 zurückgestellten Höhe,
- b) die auf Fachärzte entfallenden Rückstellungen gem. § 14,
- c) aus dem sockelwirksam für Leistungen im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg mit Ausnahme des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten und der ärztlichen Rufbereitschaft für eine Notfallpraxis eingestellten Betrag die ärztlichen Notfalleistungen mit dem sich aus diesem Kontingent ergebenden Punktwert, mindestens mit 3 Euro-Cent und höchstens mit 5,11 Euro-Cent,

- d) von Fachärzten im Rahmen der Rufbereitschaft für die Notfallpraxen Altona und Farmsen erbrachte Leistungen mit dem Punktwert 3,28 Cent; am Tag der Notfallversorgung ist neben den EBM-Nrn. für die erbrachten Leistungen die Nr. 99506 in der Abrechnung anzugeben,
- e) von den sonstigen, nicht in Anlage I aufgeführten Arztgruppen erbrachte Leistungen. Diese werden mit dem Punktwert 3,28 Cent vergütet. Dies gilt auch für von fachärztlich ermächtigten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen erbrachte Leistungen, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach den weiteren Regelungen dieses VM 7 für Vertragsärzte.
- f) Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie. Diese werden ohne Mengenbegrenzung mit dem mit dem Punktwert 3,97 Cent vergütet. Erhöht sich der Leistungsbedarf gegenüber dem Vergleichsquartal des Vorjahres um mehr als 5 %, werden die zu finanzierenden Punktzahlen gleichmäßig um den Prozentsatz vermindert, um den die maximal zulässige Steigerung überschritten ist.
- g) Histo-/zytologische Auftragsleistungen einschl. der Leistungen der Pathologen. Diese werden höchstens mit einem Punktwert von 5,11 Euro-Cent und mindestens mit einem Punktwert von 3 Euro-Cent bewertet. Über- oder Unterdeckungen des Kontingents werden über die fachärztlichen Rückstellungen ausgeglichen. Das Kontingent entspricht dem jeweiligen Anteil der Leistungen an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Kontingent zu finanzierenden Leistungen in den Ausgangsquartalen (3/2003 bis 2/2004).

(2) Die nach Durchführung des Abs. 1 verbleibende fachärztliche Gesamtvergütung unterfällt den Regelungen für RLV nach Anlage B VM 7 und wird hierzu kassenartenübergreifend in Arztgruppentöpfe für die in Anlage I bezeichneten Arztgruppen unterteilt. Diese Arztgruppentöpfe entsprechen gem. § 1 Absatz 2a dieses VM 7 dem jeweiligen Anteil der Arztgruppe bzw. Leistungen an der fachärztlichen Gesamtvergütung für die aus dem Arztgruppentopf zu finanzierenden Leistungen in den Ausgangsquartalen (3/2003 bis 2/2004).

Bei der Bildung der Arztgruppentöpfe sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses in seiner 93. Sitzung am 29.10.2004 in Ziffer III Nr. 1 Abs. 2 über „Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen“ anzuwenden.

Die Zuordnung einer Praxis zu einem Arztgruppentopf richtet sich nach der Gebietsbezeichnung des Arztes. Ist wegen mehrerer Gebietsbezeichnungen eines Arztes bzw. von Ärzten einer Gemeinschaftspraxis eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen über die Zuordnung.

(3) Wechselt ein Arzt von einer Arztgruppe zu einer anderen, nimmt er den in den Ausgangsquartalen auf ihn entfallenden Anteil in den neuen Arztgruppentopf mit.

Verändert sich die Arztzahl einer Arztgruppe gegenüber dem Vorjahresquartal aus anderen Gründen, ist eine entsprechende Neueinteilung der fachärztlichen Arztgruppentöpfe vorzunehmen. Maßgeblich ist die Zahl der im Quartal abrechnenden Ärzte.

(4) Fachärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, die nach Feststellung der Zulassungsinstanzen ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, werden dem fachspezifischen Arztgruppentopf zugeordnet, in dem der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt.

(5) Innerhalb der Arztgruppentöpfe nach Anlage I werden jeweils für belegärztliche Leistungen, ambulante Operationen (31101 bis 31351 EBM gem. des 93. BA) und Leistungen der invasiven Kardiologie (34283 – 34292 EBM) mit entsprechender Genehmigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie Untertöpfe gebildet. Bei FÄ f. Radiologie unterliegen diese Leistungen den RLV nach Anlage B VM 7. Im Arztgruppentopf der FÄ f. Frauenheilkunde mit fakultativen WB „Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ wird ein Untertopf für in-vitro-Fertilisation gebildet.

Diese Untertöpfe entsprechen gem. § 1 Absatz 2a dieses VM 7 dem jeweiligen Honoraranteil für vorgenannten Leistungen am Kontingent der jeweiligen Arztgruppe aus den jeweils entsprechenden Ausgangsquartalen 3/2003 bis 2/2004.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt mit dem Punktwert 2,73 Cent.

Werden die jeweils in die Untertöpfe eingestellten Beträge zur Finanzierung dieser Leistungen in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreibungsbeträge zweckgebundenen Rückstellungen nach § 14 dieses VM 7 kassenartenübergreifend zugeführt und stehen für den Ausgleich von Unterdeckungen in Folgequartalen zur Verfügung.

Werden die in die Untertöpfe eingestellten Beträge zur Finanzierung dieser Leistungen in einem Abrechnungsquartal trotz Auflösung der vorgenannten Rückstellungen überschritten, werden die Leistungen quotiert vergütet.

(6) Die sich nach Abs. 2 bis 5 ergebenden Beträge werden im jeweiligen Arztgruppentopf – ggf. nach Bildung weiterer Untertöpfe – kassenartenübergreifend - in die zwei - folgenden Unterkontingente aufgeteilt:

1. Ein Unterkontingent 1 in Höhe der für die Vergütung von Leistungen erforderlichen Mittel, die den Regelungen für RLV nach Anlage B VM 7 unterliegen und mit dem vereinbarten festen Punktwert von 3,0 Cent vergütet werden,
2. ein Unterkontingent 2 für RLV-Leistungen, im Falle der Überschreitung der RLV nach Anlage B VM 7 sowie für die Vergütung von Leistungen die nicht den Regelungen für RLV nach Anlage B VM 7 unterliegen.

Die Vergütung im Unterkontingent 1 und 2 richtet sich nach Anlage B VM 7. Der Restpunktwert für die Vergütung der Leistungen im Unterkontingent 2 ergibt sich durch Division der in das Unterkontingent 2 eingestellten Mittel durch die abgerechneten Punktzahlen. Dieser Punktwert in EUR Cent wird als Restpunktwert

für das Unterkontingent 2 auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet und ist ggf. auf den vereinbarten festen Punktwert für das Unterkontingent 1 zu begrenzen.

Werden die in die Unterkontingente 1 bis 2 eingestellten Beträge in einem Abrechnungsquartal nicht ausgeschöpft, werden die Unterschreitungsbeiträge dem HAF zugeführt.

§ 12

– nicht besetzt –

§ 13

Sonstige Verteilungsregeln

(1) Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen werden je Kassenart (Primärkassen, Ersatzkassen) in die Verteilung nach den §§ 7 bis 11 einbezogen.

(2) Reicht ein Vertragsarzt der KVH Behandlungsausweise verspätet ein, so werden diese Leistungen zu den Bedingungen und den Punktwerten des nächstmöglichen Abrechnungsquartals vergütet.

(3) Auf Antrag der Praxis kann bei Vorliegen von Praxisbesonderheiten eine Anpassung des RLV erfolgen. Praxisbesonderheiten setzen eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit signifikantem Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Leistungen im Verhältnis zum Gesamtleistungsbedarf voraus. Hierzu müssen auf den Spezialisierungsbereich in mindestens vier aufeinanderfolgenden Quartalen mindestens 20% des Gesamtpunktzahlvolumens der den RLV zuzurechnenden Leistungen entfallen. Bei anerkannten Praxisbesonderheiten erfolgt eine RLV-Anpassung für die im Spezialisierungsbereich abgerechneten Leistungen im Umfang der Differenz der praxisdurchschnittlichen zur arztgruppendurchschnittlichen Vergütungsquote.

(4) Die Anträge sind bei der KVH innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Korrekturbescheides zu den von diesem Verteilungsmaßstab umfassten Abrechnungsquartalen schriftlich einzureichen und unter Berücksichtigung der Vorgaben des Abs. 3 zu begründen.

§ 14

Rückstellungen

Im Hinblick auf das rechtliche Risiko im Zusammenhang mit dem EBM sowie zur Durchführung der Verteilung nach den §§ 7 bis 11 können nach kaufmännischen Grundsätzen Rückstellungen zum Ausgleich etwaiger Nachforderungen aus Rechtsstreitigkeiten sowie zur Punktwertstützung gebildet werden, deren Höhe sich am Umfang der streitigen Honorarforderungen sowie am Umfang der zur Stützung erforderlichen Gesamtvergütungsanteile orientieren soll. Rückstellungen sind auch für ggf. notwendige Anpassungen von Honorarkontingenten gem. Ziffer III. Nr. 1 Absatz 2 des 93. Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zu bilden. Weiterhin sind Rückstellungen für die zu erwartenden Entscheidungen des Vorstandes nach § 13 Abs. 3 dieses VM 7 zu bilden. Die Rückstellungen müssen getrennt für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung gebildet werden. Sie können darüber hinaus arztgruppen-, untertopf- und kontingentspezifisch gebildet werden.

§ 15

Kostenerstattungen

Wird von einem Kostenträger die vertraglich vereinbarte Gesamtvergütung um die Beträge gekürzt, die im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gezahlt wurden, werden die entsprechenden Behandlungsfälle, der der Kostenerstattung zugrunde liegende Leistungsbedarf sowie die zulässigerweise geleisteten Kostenerstattungsbeträge in die Berechnung nach §§ 7 bis 11 einbezogen. Anschließend wird bei den Vertragsärzten, deren Patienten von der Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht haben, der von der Krankenkasse zulässigerweise erstattete Betrag gegen den Honoraranspruch des Arztes an die KVH aufgerechnet.

§ 16

Zahlungen ohne Abrechnungsunterlagen

Soweit in den Besitz der Abrechnungsstelle der KVH gelangte Abrechnungsunterlagen infolge Feuer, Wasser, Diebstahl oder sonstiger Zerstörung zur Abrechnung gegenüber den Kostenträgern und den Vertragsärzten nicht mehr zur Verfügung stehen und nicht reproduzierbar sind, sind die Gesamtvergütungsbeträge nach dem Verhältnis der Zahlungen in dem zuletzt erbrachten Kalendervierteljahr zu verteilen; neu zugelassene Vertragsärzte sind angemessen bei der Auszahlung zu berücksichtigen.

§ 17

Inkrafttreten, Bekanntgabe, Ergänzungsvorschriften

(1) Der VM 7 tritt mit dem 1. Juli 2007 für alle ab diesem Tage erbrachten Leistungen in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2007. Dieser VM 7 ersetzt den VM vom 06. Juni 2007. Für die vor dem 01.07.2007 erbrachten Leistungen gelten die Bestimmungen des VM 6 vom 21. Februar 2017 weiter.

(2) Änderungen und Ergänzungen des VM 7 treten am Tage der Veröffentlichung in Kraft, soweit die Vertragspartner nicht das Inkrafttreten zu einem anderen Zeitpunkt beschließen.

(3) Der VM 7, seine Änderungen und Ergänzungen sind nach der Vereinbarung unverzüglich zu veröffentlichen.

(4) Die Regelungen des vorliegenden Honorarverteilungsvertrages haben keine Auswirkungen auf die Höhe der Gesamtvergütung.

(5) Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen eventuell anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

Hamburg, den 21.02.2017

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK classic

.....
Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Protokollnotiz

Zu § 1 Abs. 2a zu diesem VM 7

Die Vertragspartner dieses Verteilungsmaßstabes stellen übereinstimmend fest, dass die Anwendung der Übersetzungsliste, wie sie von der KBV zur Berücksichtigung der Neufassung des EBM ab dem 01.04.2005 für die Fallzahlberechnung zur Verfügung gestellt wurde, nicht möglich ist. Grund hierfür ist insbesondere die fehlende "sprechende" lebenslange Arztnummer (LANR), welche eine Zuordnung der Ärzte zu einer Arztgruppe ermöglichen soll.

Vor diesem Hintergrund wird für die Ermittlung der Fallpunktzahlen die Regelung in § 1 Abs. 2a getroffen.

Anlage A

zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit

1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach der Nr. 01414 EBM vergütet. Beim jeweils ersten Aufsuchen der Belegklinik am Behandlungstag kann zusätzlich für den ersten visitierten Patienten das entsprechende Wegepauschale nach § 3 VM 7 berechnet werden. Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Besuchen ausgeschlossen.
2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.
3. Ferner gelten für die Vergütung des Belegarztes folgende Besonderheiten:
 - a) Leistungen, für die im EBM bei belegärztlicher Leistungserbringung ein Abschlag vorgesehen ist, werden entsprechend bewertet.
 - b) Leistungen der Kapitel 33 und 34 EBM werden mit 60% der Punktzahlen des EBM bewertet; können diese Leistungen im Belegkrankenhaus nicht erbracht werden, werden sie mit den Punktzahlen des EBM bewertet.
 - c) Leistungen des Kapitels 32 EBM sowie die entsprechenden Leistungen des Kapitels 01 EBM, die mit mindestens 6,- Euro bzw. 120 Punkten bewertet sind, werden mit den Sätzen des EBM bewertet.
Die Leistungen des Kapitels 32 EBM sowie die entsprechenden Leistungen aus den Kapitels 01 EBM sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in § 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 28 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt sind;
 - d) alle übrigen Leistungen, die im EBM mit mehr als 120 Punkten bewertet oder als Zuschlag beschrieben sind, werden mit 100% der Punktzahlen des EBM bewertet.
 - e) Leistungen, die im EBM mit weniger als 120 Punkten bzw. 6,- Euro bewertet sind, werden nicht vergütet.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob die Geräte dem Krankenhaus oder dem Belegarzt gehören.

5. Vom Belegarzt konsiliarisch oder mitbehandelnd hinzugezogene Vertragsärzte, die nicht selbst Belegärzte in demselben Belegkrankenhaus sind, rechnen ihre Leistungen nach den Bedingungen für die ambulant – kurative Versorgung ab.

Für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses zur Durchführung von Anästhesieleistungen wird dem Facharzt für Anästhesiologie für jeden Kranken einmal am Behandlungstag die Nr. 05230 EBM abgerechnet.

6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.

7. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - gegebenenfalls durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der KVH nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.

- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Krankenkassen ein Betrag von 3,07 Euro pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

- d) Sobald und sofern die Partner des EBM eine Regelung zur Vergütung des Bereitschaftsdienstes vereinbaren, tritt diese an die Stelle der Regelungen der Nr. 7 dieser Anlage, ohne dass es einer Veränderung dieser Vereinbarung bedarf.

Anlage B

zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

Vergütung nach Regelleistungsvolumen (RLV)

Allgemeines

- Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes gem. § 85 Abs. 4a SGB V werden Regelleistungsvolumen nach Maßgabe der hierzu verbindlich getroffenen Regelungen in der 93. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (93. BA), der 106. Sitzung vom 08.11.2005 (106. BA), in der 111. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 16. Dezember 2005 (im Folgenden 111. Sitzung), des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung vom 16. Dezember 2005, in der 112. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) [112. BA], in der 115. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) [115. BA] und in der 117. Sitzung des Bewertungsausschusses durch schriftliche Beschlussfassung (im Folgenden 117. BA) eingeführt. Im Folgenden sind die von Beschluss wegen zulässigen regionalen abweichenden Konkretisierungen aufgeführt:

1. Bildung von Arztgruppen/Arztgruppentöpfen/Untertöpfen

Die Bildung von Arztgruppentöpfen und Untertöpfen erfolgt in Anwendung der regionalen Gestaltungsmöglichkeit gemäß Ziffer III. Nr. 1. Abs. 1 des 93. BA und Anlage 1 Abs. 2 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - für den hausärztlichen Bereich entsprechend den Regelungen des § 10 Abs. 3 und für den fachärztlichen Bereich entsprechend den Regelungen in § 11 Abs. 2ff. dieses VM 7 mit der Maßgabe, dass für die Ermittlung der Arztgruppentöpfe die Anlage 1 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 89. Sitzung vom 13.05.2004 Anwendung findet (§ 1 Abs. 2a dieses VM 7).

Die entsprechend gebildeten Arztgruppentöpfe sind in Anlage I dargestellt.

2. Vergütung von Leistungen nach 4.1. außerhalb von Arztgruppentöpfen

Die folgenden Leistungs-Nrm. aus Ziffer III Nr. 4.1. des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - werden in Anwendung der regionalen Gestaltungsmöglichkeit nach Ziffer III. Nr. 1 Abs. 3 Satz 2 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend

unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -außerhalb der Arztgruppentöpfe vergütet:

Kapitel des EBM	GOPs	Beschreibung
1.2.	Nrm. 01210 bis 01222	Leistungen im org. Notfalldienst und im Notfall
12.2.	Nr. 12210	Labor-Konsilliarkomplex
19.3.	Nrm. 19310 bis 19312, 19331	histologische und zytologische Leistungen (Auftragsleistungen)
35.2.	Nrm. 35200 bis 35225	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen
35.2.	Nr. 35150	Wenn und soweit eine Stützung für probatorische Sitzungen nach den näheren Bestimmungen des § 9 Abs. 4 Satz 2 dieses VM 7 notwendig ist.

3. Getrennte Vergütung nach EK/PK

Die AG-Bildung erfolgt **kassenartenübergreifend**. Von der regionalen Gestaltungsmöglichkeit gem. Ziffer III. Nr. 1 Absatz 3 Satz 3 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -wird kein Gebrauch gemacht.

4. Regelleistungspunkt看

Gemäß Ziffer III. Nr. 2.1. Abs. 2 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -wird der folgende Punkt看 festgelegt.

RLV-Punkt看 (UK-1-PW)	3,0 Cent
----------------------	----------

5. Regelungen zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme nach III. Nr. 1 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -

§ 13 Absatz 3 und 4 dieses VM 7 gilt.

6. Vereinbarung einer abweichenden Fallzahlbasis

Von der regionalen Gestaltungsmöglichkeit gem. Ziffer III. Nr. 3.1.1. des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -wird kein Gebrauch gemacht.

7. Berücksichtigung des Umfangs der Tätigkeit bei der Ermittlung der durchschnittlichen Fallzahl für die Fallzahlobergrenze

Von der regionalen Gestaltungsmöglichkeit gem. Ziffer III. Nr. 3.3.1. Abs. 2 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - wird kein Gebrauch gemacht.

8. Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelungen

Für die Umsetzung der Vorgaben in Ziffer III. Nr. 3.3.2 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - gilt § 6 Abs. 2 dieses VM 7.

9. Vereinbarung der Berechnung der FPZ je Quartal

In Anwendung der regionalen Gestaltungsmöglichkeit erfolgt die Berechnung der Fallpunktzahlen gem. des 93. BA iVm. Anlage 2 gem. § 1 Abs. 2a dieses VM 7 unter Berücksichtigung der Vorgaben in Anlage 2 des 89. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - zu diesem Beschluss quartalsweise.

10. Regelungen für Neuzulassungen und Umwandlungen der Kooperationsform (III. Nr. 3.4. 93. BA- geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse -)

Für die Umsetzung der Vorgaben in Ziffer III. Nr. 3.4 des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ genannten Beschlüsse - gilt für:

Angestellte Ärzte

In Teilzeit angestellte Ärzte, die nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis unterliegen und zulässig beschäftigt werden, werden bei der Berechnung des RLV entsprechend der Quote ihrer Teilzeitbeschäftigung berücksichtigt.

Job-Sharing

Auf Job-sharing Praxen nach den Bedarfsplanungs- bzw. den Angestellte-Ärzte-Richtlinien werden die Regelungen dieser Anlage in der Weise angewendet, dass das vom Zulassungsausschuss festgelegte Gesamtpunktvolumen auf die dieser Anlage (RLV) unterliegenden Leistungsbereiche und die übrigen Leistungsbereiche aufgeteilt wird. Der dieser Anlage (RLV) unterliegende Leistungsbereich wird den Regelungen für die Arztgruppe, der die Job-sharing-Praxis zugehört, entsprechend begrenzt.

Anlage C
zum Verteilungsmaßstab
für den Zeitraum vom für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage D
zum Verteilungsmaßstab
für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage E
zum Verteilungsmaßstab
für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage F
zum Verteilungsmaßstab
für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage G
zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

Die in § 10 Abs. 2 genannten Teile der Gesamtvergütung für die hausärztliche Grundvergütung betragen:

	PK Euro	EK Euro
1. Quartal	2.718.110,86	3.658.872,70
2. Quartal	2.531.980,81	3.669.925,81
3. Quartal	2.382.448,63	3.396.630,08
4. Quartal	2.575.452,19	3.570.586,91

Bei allgemeiner Anpassung der Gesamtvergütungen werden die obigen Beträge entsprechend angepasst.

Anlage H
zum Verteilungsmaßstab
für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage I

zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

Arztgruppen/Arztgruppentöpfe und Untertöpfe des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs gem. § 10, 11 und Anlage B VM 7

Hausärztlicher Versorgungsbereich (jeweils einschließlich ermächtigte Ärzte und Einrichtungen):

Die nachfolgenden Arztgruppen gem. Anlage 1 des Teil III des 93. BA - geändert und ergänzt durch die vorstehend unter „Allgemeines“ in Anlage B genannten Beschlüsse - werden zu einer Arztgruppe Hausärzte zusammengefasst und bilden den hausärztlichen Arztgruppentopf:

- FÄ f. Allgemeinmedizin,
- FÄ Innere Medizin, die dem HÄ-Bereich angehören,
- Praktische Ärzte
- FÄ f. Kinder- und Jugendmedizin mit und ohne Schwerpunkt, soweit sie an der HÄ-Versorgung teilnehmen

**Fachärztlicher Versorgungsbereich
(jeweils einschließlich ermächtigte Ärzte und Einrichtungen):**

Nr.	Arztgruppe VM 7
1	Anästhesisten
2	Augenärzte
3	Chirurgen, Neurochirurgen, Plastische Chirurgen, Kinderchirurgen
4	Fachärzte für Herzchirurgie
5	Frauenärzte
6	Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
7	Fachärztliche Internisten/Lungenärzte
8	MKG-Chirurgen
9	Hautärzte
10	<u>HNO-Ärzte</u> und Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
11	Kinder- und Jugendpsychiater
12	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater
13	Orthopäden
14	Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte
15	Radiologen/Nuklearmediziner
16	Urologen
17	N.N.
18	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
19	N.N.
20	Die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
21	Die Fachärzte Humangenetik

Anlage J

zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –

Anlage K

zum Verteilungsmaßstab

für den Zeitraum vom 01.07.2007 bis 31.12.2007

– nicht besetzt –