

4. Ergänzungsvereinbarung

zur

Vereinbarung

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

und

der Krankenkassenverbände auf Landesebene

AOK Schleswig-Holstein –Die Gesundheitskasse-
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)
-Landesvertretung Schleswig-Holstein-

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
-Landesvertretung Schleswig-Holstein-

BKK-Landesverband NORD

IKK-Landesverband Nord

Landwirtschaftliche Krankenkasse für Schleswig-Holstein
und Hamburg in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen

zum

Honorarverteilungsmaßstab für die Zeit ab dem III. Quartal 2005

Im Zuge einer vierten Ergänzungsvereinbarung werden Neuregelungen bei

- einer inhaltlichen Neufassung von §3.3a unter Wegfall des Unterkontingents „künstliche Befruchtung“ sowie der Unterkontingente „Zytologie“ für Pathologen und Laborärzte
- der Festsetzung eines anderen Vergleichsquartals für radiologische Praxen hinsichtlich der Konvergenzregelung in § 4.1b
- Inhaltliche Klarstellung der Vergütung von ermächtigten Nicht-Krankenhausärzten in §3.1e mit Wirkung zum 1. April 2006 getroffen. Unter Inklusion der Inhalte der ersten, zweiten und dritten Ergänzungsvereinbarungen und redaktioneller Klarstellungen erhält der Honorarverteilungsmaßstab ab dem 1. April.2006 die nachfolgende Gesamtfassung.

Honorarverteilungsmaßstab

Gliederung

- § 1 Trennung der Vergütungsanteile hausärztliche und fachärztliche Versorgung
- § 2 Vergütung der Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches
- § 3 Vergütung der Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs
 - .1 Vorwegabzüge und gesondert vergütete Leistungen
 - .2 Honorarkontingente der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen
 - .3 Verteilung innerhalb der Honorarkontingente
- § 4 Vergütung nach individuellen Gesamtvolumina
 - .1 Honorierung der Leistungen (Regelpunktwert, Mehrleistungspunktwert)
 - .2 Bildung der individuellen Gesamtvolumina zum Zeitpunkt des Inkrafttretens
 - .3 Weiterentwicklung der individuellen Gesamtvolumina
 - .4 Sonderregelungen (insbesondere für veränderte oder neue Praxisstrukturen)
 - .5 Bereinigung von individuellen Gesamtvolumina infolge von Verträgen der Integrationsversorgung nach § 140 SGB V
- § 5 Modellverträge, organisierter Notdienst
- § 6 Sonstige Regelungen

§ 1 Trennung der Vergütungsanteile hausärztliche und fachärztliche Versorgung

1. Der zur Honorarverteilung zur Verfügung stehende Betrag eines Vierteljahres ergibt sich aus:
 - a) den Gesamtvergütungen der Primärkrankenkassen
 - b) den Gesamtvergütungen der Angestellten- und Arbeiter- Ersatzkassen
 - c) und den Zahlungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen für Fremdkassenfälle nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens.
2. Die von den Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen entrichtete Gesamtvergütung nach Absatz 1 wird quartalsweise verteilt. Die Verteilung erfolgt getrennt für Primär- und Ersatzkassen. Bei einer mit den Krankenkassen vereinbarten Einzelleistungsvergütung gelten die vereinbarten Punktwerte.
3. Aus der Gesamtvergütung nach Absatz 2 sind Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens als Vorwegabzug zu berücksichtigen, solange eine Trennung zwischen haus- und fachärztlichen Fremdarztfällen nicht möglich ist.
4. Die verbleibende Gesamtvergütung gilt im weiteren als „Gesamtvergütung“. Sie wird gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses (§ 85 Absatz 4a SGB V GKV-GR 2000) nach den Bereichen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung getrennt. Dabei werden

nachfolgende Vergütungsbereiche, die nicht dem Trennungsfaktor unterliegen, wie folgt zugeordnet:

- Die Honorierung der hausärztlichen Grundvergütung nach § 87 Absatz 2a SGB V ist ein Teilbudget. Es bemisst sich nach dem Anteil des Jahres 1995 unter Berücksichtigung des 4. SGB V Änderungsgesetzes fortentwickelt mit den Veränderungsraten der Folgejahre. Die hausärztliche Grundvergütung wird dem Gesamtvergütungsanteil für die hausärztliche Versorgung zugeordnet.
 - Der auf die von Hausärzten erbrachten Leistungen aus dem sogenannten K.O.-Katalog des Vertrages über die hausärztliche Versorgung entfallende prozentuale Vergütungsanteil an der Gesamtvergütung im Jahre 1999 wird an die aktuelle Gesamtvergütung gelegt. Sie wird dem Gesamtvergütungsanteil für die fachärztliche Versorgung zugeordnet.
 - Leistungen aus Kapitel 32 EBM (ehemals Kapitel O) werden nach ihrem prozentualen Vergütungsanteil an der Gesamtvergütung im Jahre 1999 an die aktuelle Gesamtvergütung gelegt. Sie werden beiden Bereichen zugeordnet.
 - Leistungen aus Kapitel 40 EBM (ehemals Kapitel U) werden nach ihrem prozentualen Vergütungsanteil an der Gesamtvergütung im Jahre 1999 an die aktuelle Gesamtvergütung gelegt und beiden Bereichen zugeordnet.
 - Dialyse-Sachkosten werden nach Leistungsanforderung beiden Bereichen zugeordnet.
 - Der auf die Erstattungspsychotherapie gem. Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 Psychotherapeutengesetz entfallende prozentuale Vergütungsanteil an der Gesamtvergütung im Jahre 1999 wird an die aktuelle Gesamtvergütung gelegt. Er wird dem fachärztlichen Bereich zugeordnet.
 - Leistungen oder Leistungsanteile, die von den Krankenkassen im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit vereinbarten Punktwerten vergütet werden oder eine Vorwegvergütung vorsehen, werden nach Leistungsanforderung beiden Bereichen zugeordnet, soweit keine Bereinigung erfolgt.
5. Gesamtvertraglich vereinbarte Vergütungsanteile für gegenüber 1999 neu eingeführte Leistungen oder Leistungsanteile werden nach Leistungsanforderung anteilig den Versorgungsbereichen zugeordnet.

§ 2 Vergütung der Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches

1. Aus dem Vergütungsanteil für den hausärztlichen Versorgungsbereich sind als Vorwegabzug zu berücksichtigen:
- Rückstellungen in Höhe von 0,2 % der Gesamtvergütung für nachträglich durchgesetzte Ansprüche auf Honorar, welches aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes nicht zur Auszahlung kam.
 - Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle aus dem hausärztlichen Versorgungsbedarf nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens, sobald eine Trennung zwischen haus- und fachärztlichen Fremdarztfällen möglich ist.
 - Vorquartalsabrechnungen nach den Vergütungsgrundsätzen des Vorquartals.

2. Aus der verbleibenden hausärztlichen Gesamtvergütung werden folgende Bereiche vorwegvergütet:
 - Dialysesachkosten
 - Hausärztliche Grundvergütung nach Anforderung quotiert aus dem Teilbudget
 - Leistungen oder Leistungsanteile, die von den Krankenkassen im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit vereinbarten Punktwerten vergütet werden oder eine Vorwegvergütung vorsehen
 - Leistungen oder Leistungsanteile nach besonderen Verträgen, soweit keine Bereinigung erfolgt
 - Wegegebühren, Kostenerstattungen sowie Laborkosten
3. Die Leistungen von Hausärzten im organisierten Notdienst werden kalkulatorisch mit dem Regelpunktwert bewertet. Der so gebildete Vorwegabzug fließt in die Vergütungsregelung nach den Bestimmungen in § 5 Absatz 2 ein.
4. Leistungen aus dem sogenannten K.O.-Katalog des Vertrages über die hausärztliche Versorgung werden nach § 3 Absatz 1.c vergütet.
5. Die Verteilung der verbleibenden Honorare im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt unter Zugrundelegung der individuellen Gesamtvolumina nach § 4.

§ 3 Vergütung der Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

1. Vorwegabzüge und gesondert vergütete Leistungen

- a) Aus dem Vergütungsanteil für den fachärztlichen Versorgungsbereich sind als Vorwegabzug zu berücksichtigen:
 - Rückstellungen in Höhe von 0,2% der Gesamtvergütung für nachträglich durchgesetzte Ansprüche auf Honorar, welches aufgrund der Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes nicht zur Auszahlung kam.
 - Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens, sobald eine Trennung zwischen haus- und fachärztlichen Fremdarztfällen möglich ist.
 - Vorquartalsabrechnungen nach den Vergütungsgrundsätzen des Vorquartals.
- b) Aus der verbleibenden Gesamtvergütung im fachärztlichen Bereich werden folgende Bereiche vorwegvergütet:
 - Dialysesachkosten
 - Leistungen oder Leistungsanteile, die von den Krankenkassen im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit vereinbarten Punktwerten vergütet werden oder eine Vorwegvergütung vorsehen.
 - Wegegebühren, Kostenerstattungen und Laborkosten

- c) Aus den noch nicht bewerteten Punktzahlanforderungen wird mit dem entsprechend verbleibenden Honoraranteil ein fachärztlicher Quartalspunktwert ermittelt. Mit diesem Quartalspunktwert werden honoriert, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist:
- Von Hausärzten erbrachte Leistungen aus dem sogenannten K.O.-Katalog gemäß dem Vertrag über die hausärztliche Versorgung.
 - Die ambulant in Krankenhäusern und ärztlichen Instituten auf Überweisung von Vertragsärzten ausgeführten Leistungen.
 - Notfalleistungen durch Nichtvertragsärzte
 - Notfalleistungen in Krankenhäusern
- d) Die Leistungen von Vertragsärzten im organisierten Notdienst werden kalkulatorisch mit dem Regelpunktwert bewertet. Der so gebildete Vorwegabzug fließt in die Vergütungsregelung nach § 5.2 ein.
- e) Leistungen von ermächtigten Ärzten werden mit dem um 10% geminderten Durchschnittspunktwert der Arztgruppe für Leistungen im individuellen Punktzahlvolumen nach § 4 vergütet. Handelt es sich um eine Vollermächtigung, unterliegt die Vergütung den Bestimmungen von § 4.

2. Honorarkontingente der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen

Die nach Absatz 1 verbleibende fachärztliche Gesamtvergütung wird in Honorarkontingente für die Arztgruppen Laborärzte, Pathologen sowie andere Fachärzte aufgeteilt. Die Kontingente bemessen sich nach dem prozentualen Anteil der ausgezahlten Honorare der Quartale des Jahres 2003 an der fachärztlichen Gesamtvergütung.

3. Verteilung innerhalb der Honorarkontingente

- a) Vergütungen innerhalb von Vorwegabzügen und Sonderkontingenten
Innerhalb des Kontingents der Fachärzte wird ein Teilkontingent für Leistungen der Einsendezytologie nach den Nummern 01826, 19331, 19311, 19310, 19320 und 19330 des EBM gebildet. Es bemisst sich nach dem prozentualen Vergütungsanteil der ALT-EBM Leistungen 168, 4950, 4951, 4952, 4960 und 4965 in 2003.
- b) Die Verteilung der im Honorarkontingent verbleibenden Honorare der Arztgruppen erfolgt unter Zugrundelegung individueller Punktzahlvolumina nach § 4. Sofern der individuelle durchschnittliche Auszahlungspunktwert unterhalb des Mindestpunktwerts von 4,8291 Cent liegt, werden zeitgebundene antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie von Fachärzten der
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 - Psychiatrie und Psychotherapie
 - Nervenheilkunde
 - Psychotherapeutische Medizin

sowie

- ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte mit mindestens

90 % ihres Gesamtleistungsbedarfs aus Leistungen des ehemaligen Kapitels G IV EBM

- Psychologischen Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

bis zu einer maximalen Grenze von je Quartal 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer mit dem Differenzpunktwert zwischen individuellem durchschnittlichen Auszahlungspunktwert und Mindestpunktwert zusätzlich vergütet.

- c) In der Arztgruppe der Laborärzte erfolgt die Vergütung für die Grundpauschale Nr. 12220 EBM nach einer fallzahlbezogenen Abstufung. Die nach EBM anerkannten Punktzahlanforderungen je Fall werden mit abgestaffelten Punktwerten vergütet. Die einzelnen Abstufungsstufen ergeben sich aus folgender Aufstellung:

Stufe	Fallzahlgrenzen je Arzt	Abstufungsfaktor
1	bis 4000	100%
2	von 4001 bis 6000	60%
3	> 6000	40%

Die Verteilung der im Honorarkontingent der „anderen Fachärzte“ verbleibenden Honorare erfolgt unter Zugrundelegung individueller Gesamtvolumina nach § 4.

§ 4 Vergütung nach individuellen Gesamtvolumina

1.a Honorierung der Leistungen (Regelpunktwert, Mehrleistungspunktwert)

Jeder Praxis wird ein individuelles Gesamtvolumen (iGV) zugeordnet, welches in ein Kernvolumen und ein Konvergenzvolumen unterteilt ist. Leistungen innerhalb des Gesamtvolumens heißen Regelleistungen. Bis zur Grenze des Kernvolumens werden Leistungen mit einem festen Regelpunktwert aus der Gesamtvergütung

der Primärkassen

- für den Bereich der hausärztlichen Versorgung in Höhe von 4,4804 Cent
- für den Bereich der fachärztlichen Versorgung in Höhe von 4,7226 Cent

der Ersatzkassen

- für den Bereich der hausärztlichen Versorgung in Höhe von 4,2206 Cent
- für den Bereich der fachärztlichen Versorgung in Höhe von 4,9671 Cent

und darüber hinaus bis zur Grenze des Konvergenzvolumens mit einem floatenden Konvergenzpunktwert vergütet. Die das individuelle Gesamtvolumen überschreitenden Punktzahlanforderungen („Mehrleistungen“) werden mit den Mehrleistungspunktwerten aus der Gesamtvergütung

der Primärkassen

- für den Bereich der hausärztlichen Versorgung in Höhe von 0,1594 Cent
- für den Bereich der fachärztlichen Versorgung in Höhe von 0,1673 Cent

der Ersatzkassen

- für den Bereich der hausärztlichen Versorgung in Höhe von 0,1519 Cent
- für den Bereich der fachärztlichen Versorgung in Höhe von 0,1848 Cent

vergütet.

1.b Konvergenzregelung auf Arztgruppenebene

In den Zeiträumen III/2005 bis II/2006 bzw. III/2006 bis II/2007 wird auf Arztgruppenebene (in der Gliederung nach Anlage 1) eine Begrenzung der Honorarminderung auf maximal 3% respektive 6% vorgenommen. Als Vergleichsmaßstab gilt das Durchschnittshonorar aus den dem IPZV unterliegenden Leistungen je Arzt gegenüber dem Vergleichsquartal aus III/2004 bis II/2005.¹ Ein zur Begrenzung des Verlustes notwendig werdender Ausgleich erfolgt durch eine Anhebung des per se einheitlichen Konvergenzpunktwerts für die betroffene Arztgruppe zu Lasten der restlichen Arztgruppen. Von dieser Regelung ausgenommen sind infolge der EBM-Ausgliederung der Kostenbestandteile aus dem Leistungsumfang die Arztgruppen der Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner.

Bei radiologischen Praxen wird infolge des Sondereffektes im Vergleichsquartal 2/2005 auf 2/2004 abgestellt.

1.c Praxisindividuelle Pufferbildung

Puffer für Überschreitungen eines individuellen Gesamtvolumens werden gebildet, um Schwankungen zwischen den Kassenarten auszugleichen. Sie sind möglich, wenn das individuelle Gesamtvolumen einer Kassenart überschritten, das der anderen Kassenart jedoch unterschritten wurde. Bei der Pufferbildung werden Anteile von Konvergenz- und Kernvolumen hinsichtlich der anzusetzenden Punktwerte unterschieden.

2. Bildung der individuellen Gesamtvolumina zum Zeitpunkt des Inkrafttretens

Zur Bildung des individuellen Gesamtvolumens werden auf III/2004-II/2005 fußende individuelle Punktzahlvolumina an den neuen EBM angepasst. Hierzu wird die anerkannte Leistungsanforderung je Arztgruppe (in der Differenzierung nach Anlage 1) auf den neuen EBM hochgerechnet („transkodiert“). Die festgestellte Veränderungsrate der Arztgruppe wird zu einem Drittel auf bestehende individuelle Punktzahlvolumina angewandt und bilden die individuellen Gesamtvolumina.² Ferner gilt:

- a) Praxen die bis 1/05 nicht den Bestimmungen der Punktzahlvolumina unterlagen, erhalten ein individuelles Gesamtvolumen zugewiesen. Dazu wird das Praxishonorar aus den Vergleichsquartalen 2004 durch einen rechnerischen Punktwert von 4,5 Cent dividiert und ein Abzug von 3 % vorgenommen.³ Aus Sonderverträgen finanzierte Leistungen sind dabei herauszurechnen. Im Anschluss erfolgt die Transkodierung auf den neuen EBM nach obigem Vorgehen.
- b) Bei Kinder-/Jugendpsychiatern ist die Berechnungsweise unter a) für I/2004 unter rechnerischer Einbeziehung des fachärztlichen Quartalspunktwerts zu modifizieren.

¹ Der Vergleichsmaßstab ist kassenartenübergreifend.

² Die Vertragspartner werden die tatsächlich eingetretenen Mengenentwicklungen infolge des neuen EBM mit der transkodierten Leistungsvorhersage vergleichen. Unterscheiden sich diese Veränderungsrate um mehr als 10 Prozentpunkte, wird eine entsprechende Korrektur der Gesamtvolumina der betroffenen Arztgruppe mit Wirkung für zukünftige Quartale vorgenommen.

³ Zur Erläuterung: Diese Berechnungsvorgabe ist analog der für die vorab gültigen IPZV gestaltet.

- c) In den Quartalen des Jahres 2004 übernommene KO-Leistungen werden entsprechend des Vorgehens unter a) integriert. Als übernommene KO-Leistungen gelten solche Leistungen, welche auf Überweisung eines Hausarztes durchgeführt wurden, der vor dem 1.1.2003 diese Leistungen an einen anderen Hausarzt überwiesen bzw. in der eigenen Praxis erbracht hatte.
- d) Für Kardiologen werden invasive Leistungen auf Basis der Quartale 2004 entsprechend des Verfahrens unter a) integriert.
- e) Sofern bei der Zugrundelegung des Berechnungszeitraums Ausnahmesituationen zu einer im Vergleich zu anderen Quartalen deutlichen Verringerung der Punktzahlanforderung geführt haben, kann der Vorstand auf Antrag der Praxis Veränderungen der Punktzahlvolumina festlegen.

3. Weiterentwicklung der individuellen Gesamtvolumina

Das individuelle Gesamtvolumen des Folgejahres besteht aus einem – ggf. fortentwickelten - Kernvolumen zzgl. eines sich verändernden Konvergenzvolumens.

a) Prinzip der Veränderung des individuellen **Konvergenzvolumens**

In den Startquartalen III/2005 – II/2006 beträgt das individuelle Kernvolumen 70% des individuellen Gesamtvolumen, das Konvergenzvolumen beträgt hingegen 30%. In den Folgequartalen wird das individuelle Konvergenzvolumen um jeweils um 5 Prozentpunkte reduziert und ggf. im Gegenzug um ein Zugewinnvolumen angehoben.

- b) Für Praxen deren anerkannte Leistungsanforderung das individuelle Kernvolumen unterschreitet, wird dieses um ein Viertel der prozentualen Unterschreitung mit Wirkung für das Quartal des Folgejahres vermindert.

Ermittlung der individuellen Zugewinnvolumina

Für Praxen mit Überschreitungen des Kernvolumens steht eine Umlagemenge für Zuwächse der individuellen Gesamtvolumina zur Verfügung, deren Größe 5% aller individuellen Gesamtvolumina ausmacht. Für die Zuteilung der Zuwächse werden alle Praxen mit einer Überschreitung ihrer Kernvolumina zunächst nach der absteigenden Rangfolge der mit dem individuellen Anteil der AL-Leistungen⁴ gewichteten prozentualen Überschreitungen („relevante Überschreitung“) des Punktzahlvolumens sortiert. Anschließend erhält die in der Rangfolge vorne stehende Praxis ein Prozent ihres individuellen Gesamtvolumens als Zuwachs zugesprochen. Im Folgeschritt wird die relevante Überschreitung der Praxis um einen Prozentpunkt reduziert, die Anordnung der Praxen nach absteigender AL-Überschreitung neu vorgenommen und die verbleibende Umlagemenge ermittelt. Dieses Verfahren wiederholt sich solange, bis die Umlagemenge aufgebraucht ist. Innerhalb des Verfahrens wird eine Praxis nicht weiter berücksichtigt, wenn ihr im Verfahren zugestandener absoluter Punktzahlzuwachs je Arzt 15% der durchschnittlichen anerkannten Punktzahlanforderung je Arzt innerhalb der Arztgruppe überschreitet.

c) Individuelles Gesamtvolumen für das Quartal des Folgejahres

Das „neue“ Gesamtvolumen ergibt sich aus dem bisherigen Kernvolumen zuzüglich des nach a) und b) veränderten Konvergenzvolumens.

⁴ Innerhalb des EBM wird bei der Bewertung zwischen AL (Arztleistung) und TL (Technische Leistungen) unterschieden.

4. Sonderregelungen (insbesondere für veränderte oder neue Praxisstrukturen)

Als unterdurchschnittlich gilt eine Praxis unter den Bedingungen der individuellen Gesamtvolumina (IGV) nachfolgend dann, wenn die anerkannte Punktzahlanforderung für die von den IGV betroffenen Leistungen unterhalb des durchschnittlichen IGV je Arzt der Arztgruppe liegt (D-IGV). Sofern auf Zeiträume vor 2004 bezug genommen wird, so gilt als Maßstab der Unterdurchschnittlichkeit das vergleichbare durchschnittliche Honorar der Arztgruppe in der Differenzierung nach Anlage 1. Als saisonales Quartal wird nachfolgend ein bestimmtes Quartal innerhalb eines oder mehrerer Jahreszyklen bezeichnet.

Sofern eine Praxis eine Statusänderung nach dem 1. Januar 2006 durchführt und dabei mehrere der nachfolgenden Sonderregelungen zutreffen würden, so gelten für die Beurteilung der Übergangsphase der neu entstehenden Praxis folgende Grundsätze:

- Eingehende Sonderregelungen nach Absätzen b) – h) werden beendet. Als rechnerisches IGV je beteiligter Praxis (oder Praxisteilen) wird der Mittelwert zwischen Obergrenze und dem Maximalwert der anerkannten Regelleistungen je saisonalem Quartal ermittelt.
- Als IGV der neuen Praxis zählt die Summe der (ggf. rechnerisch) eingehenden IGV. Sofern eine Sonderregelung nach Absatz a) besteht, wird dieses IGV um ein D-IGV je neu zugelassenem Arzt erhöht und bildet die Obergrenze.

Medizinische Versorgungszentren werden bei der Anwendung von Sonderregelungen wie Gemeinschaftspraxen behandelt; dabei zählt die Zahl der umfassten Zulassungen anstelle der Zahl der Ärzte.

a) Neugegründete Praxen

Bis zur Zuordnung eines individuellen Gesamtvolumens erhalten neugegründete Praxen die anerkannten Punktzahlanforderungen bis zur Obergrenze des D-IGV als Regelleistungen⁵ und darüber hinaus als Mehrleistungen vergütet. Dabei gilt ein Entwicklungszeitraum von maximal 20 Quartalen nach Gründung. Überschreitet die Praxis in einem Quartal die Obergrenze, wird diese Obergrenze zzgl. einer etwaigen Beteiligung an der Zugewinnmenge nach den Bestimmungen in Absatz 2. ff. als IGV für das Quartal des Folgejahrs übernommen. Sofern danach nicht innerhalb dieser 20 Quartale für alle saisonalen Quartale ein IGV gebildet werden kann, zählt jeweils der erreichte Maximalwert der anerkannten Punktzahlanforderung der saisonalen Vorquartale als IGV der Praxis.

b) Übernommene Praxen

Bei Übernahme einer unterdurchschnittlichen Praxis gilt die Sonderregelung für neue Praxen nach Absatz a) entsprechend, allerdings über einen Zeitraum von 12 anstelle von 20 Quartalen. Bei Übernahme einer überdurchschnittlichen Praxis wird das vormalige IGV übertragen.

c) Rückgabe der Zulassung eines Praxispartners ohne Nachfolger

Bisherige IGV bleiben erhalten. Tritt innerhalb von 12 Quartalen ein neu zugelassener Arzt in die Praxis ein, gilt die Regelung unter e) entsprechend.

d) Eintritt eines zusätzlichen Arztes in bestehende Praxen

⁵ Zur Erläuterung: Wie bei erstmalig festgesetzten IGV werden die anerkannten Punktzahlanforderungen bis zur Festsetzung eines IGV demit anteilig im Verhältnis 70-30 mit dem Kern- bzw. Konvergenzpunktwert bewertet.

Bei Eintritt eines neu zugelassenen Arztes in eine bestehende Praxis gilt die Regelung nach Absatz a) entsprechend, allerdings für eine Zeitdauer von 12 anstelle von 20 Quartalen sowie der Summe der bestehenden IGV der Praxis zzgl. des D-IGV als Obergrenze.

e) Eintritt eines Arztes in bestehende Praxen als Nachfolgeregelung

Bei Eintritt eines neu zugelassenen Arztes in eine bestehende Praxis als Nachfolgeregelung bleiben bisherige IGV ungeändert gültig. Im Falle der Unterdurchschnittlichkeit der bestehenden Praxis gilt die Regelung nach Absatz a) entsprechend, allerdings für eine Zeitdauer von 12 anstelle von 20 Quartalen. Als Obergrenze zählt das auf die verbleibenden Praxispartner zuzurechnende vormalige IGV der Praxis zzgl. eines D-IGV.

f) Auflösung einer Gemeinschaftspraxis

Jede entstehende Praxis erhält den nach der Arztzahl gewichteten Anteil am bisherigen IGV. Falls Leistungsanteile den entstehenden Praxen aus der Abrechnung eindeutig zugeordnet werden können, werden nur die nicht eindeutig zuordnungsfähigen Anteile den Praxen zu gleichen Teilen zugerechnet. Die Praxen können einvernehmlich einen anderen Aufteilungsschlüssel beantragen.

Für Praxen aus Fachgruppen, die bis I/05 nicht den Bestimmungen der Punktzahlvolumina unterlagen, gilt:

Für zwischen dem 1. Januar 2004 und dem 31. Dezember 2004 aufgelöste Praxen werden die im letzten Jahreszeitraum vor der Trennung anerkannten und honorierten Punktzahlanforderungen im Sinne der Bestimmung von Absatz 2.b) ff. als rechnerisches Gesamtvolumen je Quartal für beide Praxen zugrundegelegt. Dieses wird nach dem Verhältnis der in den auf die Trennung folgenden vier Quartale anerkannten Punktzahlanforderungen auf die entstehenden Praxen aufgeteilt.

g) Zusammenlegung von Praxen

Bei der Zusammenlegung von Praxen werden bestehende IGV zusammengefasst. Gilt für eine der zusammengehenden Praxen eine Sonderregelung nach den Absätzen a)-e), so überträgt sich die Anwendung der Sonderregelung auf die entstehende Praxis.

h) Neuaufnahme einer belegärztlichen Tätigkeit

Bei erstmalig aufgenommener belegärztlicher Tätigkeit gilt die Regelung nach Absatz a) entsprechend, allerdings für eine Zeitdauer von 12 anstelle von 20 Quartalen sowie des Durchschnitts des Gesamtvolumens der belegärztlich tätigen Ärzte der Arztgruppe als Obergrenze.

i) Differenzierung von Durchschnittswerten

Bei Anwendung von Durchschnittswerten wird innerhalb der Arztgruppen differenziert zwischen Ärzten mit und ohne Berechtigung zum ambulanten Operieren. Bei der Durchschnittsberechnung für Ärzte mit Berechtigung zum ambulanten Operieren werden nur die Ärzte berücksichtigt, deren Punktzahlanforderung für ambulantes Operieren mehr als 5% an der Gesamtpunktzahlanforderung beträgt. Voraussetzung ist, dass jeweils mindestens 20 Ärzte innerhalb der Arztgruppe vertreten sind.

j) Einstellung von Leistungsbereichen bei Auftragsleistungen

Stellt eine Praxis ein Leistungsangebot für bislang überwiesene Auftragsleistungen ein und werden diese von anderen Praxen übernommen, so ist das individuelle Gesamtvolumen der Praxis entsprechend anzupassen.

k) Elternzeiten

Während einer Elternzeit, deren Beginn beim Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen ist und die maximal drei Jahre betragen kann, kann der Vorstand unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles eine Fixierung des bestehenden individuellen Gesamtvolumens beschließen. Bestehende Sonderregelungen werden entsprechend verlängert.

l) Härtefallregelung

In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen das IGV der Praxis neu festlegen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere dauerhafte Veränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Umfeld der Praxis.

5. Bereinigung von individuellen Gesamtvolumina infolge von Verträgen der Integrationsversorgung nach § 140 SGB V

Individuelle Gesamtvolumina werden bei einer Beteiligung in Verträgen der Integrationsversorgung um historische Leistungsanteile bereinigt, sofern diese in den Verträgen umfasst sind und vergütet werden.

§ 5 Modellverträge, organisierter Notdienst

1. Ärzte und Arztgruppen, die im Rahmen von Modellvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein andere Honorarverteilungsmaßnahmen erproben, erhalten auf Empfehlung des Vorstandes der KVSH und mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung ein eigenes Honorarkontingent innerhalb ihres Fachgruppentopfes. Dies gilt auch für Ärzte und Arztgruppen, die an gesonderten Leistungsvereinbarungen mit Krankenkassen, deren Verbänden und anderen Vertragspartnern teilnehmen.
2. Die Vergütungsanteile und Punktzahlanforderungen für die Leistungen von Vertragsärzten im organisierten Notdienst nach § 2.3 und § 3.1.d werden zusammengeführt.

Als Vorwegabzug erhalten Kreisstellen auf Antrag ein eigenes Honorarkontingent für die Durchführung des Notdienstes. Es bemisst sich nach dem Vergütungsanteil der im Rahmen des organisierten Notdienstes regional abgerechneten Leistungen in 2004 und gilt als Vorwegabzug. Innerhalb des Vorwegabzugs können auf Vorschlag der Kreisstelle weitere differenzierte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Die Abrechnung erfolgt unter (einer) Pseudoabrechnungsnummer(n).

Die Honorierung der nach Vorwegabzug verbleibenden Punktzahlanforderungen erfolgt mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert.

§ 6 Sonstige Regelungen

1. Honorarausgleichsmaßnahmen sind zulässig.
2. Über unbillige Härtefälle infolge der Anwendung dieses HVM entscheidet auf Antrag der Vorstand. EBM-bedingte Umsatzeinbußen gelten nicht als Härtefälle im Sinne dieses HVM.

Anlage 1 Arztgruppengliederung

Arztgruppe
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten
Hausärztliche Kinderärzte
Fachärzte für Anästhesiologie
Fachärzte für Augenheilkunde
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie
Fachärzte für Neurochirurgie
Fachärzte für Frauenheilkunde
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Fachärztl. Internisten ohne Schwerpunkt
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt Angiologie oder Kardiologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt Angiologie oder Kardiologie und invasiver Tätigkeit
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt mit Schwerpunkt Gastroenterologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt mit Schwerpunkt Hämato-/Onkologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt mit Schwerpunkt Nephrologie
Fachärztl. Internisten mit Schwerpunkt mit Schwerpunkt Pneumologie
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie
Fachärzte für Orthopädie
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Leistungsanteil von weniger als 30% antragsgebundener Psychotherapie
andere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten
Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
Fachärzte für Nuklearmedizin
Strahlentherapeuten
Fachärzte für Urologie

Bad Segeberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, den 1.3.2006



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein



AOK Schleswig-Holstein
-Die Gesundheitskasse-

BKK-Landesverband NORD

IKK-Landesverband NORD

Landwirtschaftliche Krankenkasse
für Schleswig-Holstein und Ham-
burg (in Wahrnehmung der Aufga-
ben eines Landesverbandes)

Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e.V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

Bad Segeberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, den 1.3.2006



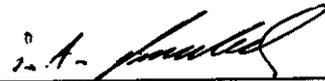
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK Schleswig-Holstein
-Die Gesundheitskasse-

IKK-Landesverband NORD

Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e.V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

BKK-Landesverband NORD



Landwirtschaftliche Krankenkasse
für Schleswig-Holstein und Ham-
burg (in Wahrnehmung der Aufga-
ben eines Landesverbandes)

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

Bad Segeberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, den 1.3.2006



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK Schleswig-Holstein
Die Gesundheitskasse-



IKK-Landesverband NORD

BKK-Landesverband NORD

Landwirtschaftliche Krankenkasse
für Schleswig-Holstein und Ham-
burg (in Wahrnehmung der Aufga-
ben eines Landesverbandes)

Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e.V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

Bad Segeberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, den 1.3.2006

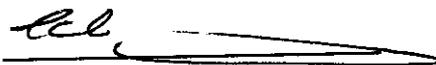


Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK Schleswig-Holstein
-Die Gesundheitskasse-

IKK-Landesverband NORD

Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e.V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -


BKK-Landesverband NORD

Landwirtschaftliche Krankenkasse
für Schleswig-Holstein und Ham-
burg (in Wahrnehmung der Aufga-
ben eines Landesverbandes)

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -

Bad Segeberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, den 1.3.2006



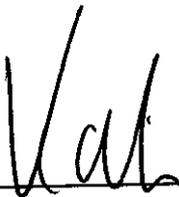
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK Schleswig-Holstein
-Die Gesundheitskasse-

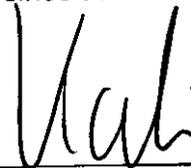
BKK-Landesverband NORD

IKK-Landesverband NORD

Landwirtschaftliche Krankenkasse
für Schleswig-Holstein und Ham-
burg (in Wahrnehmung der Aufga-
ben eines Landesverbandes)



Verband der Angestellten-Kranken-
Kassen e.V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -



AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein -