

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Stadt Mülheim  
Facharzt für Hals-Nasen-  
Ohrenheilkunde  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 07/2000

Stadt Essen  
Facharzt für Radiologie  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 08/2000

Stadt Oberhausen  
Facharzt für Augenheil-  
kunde (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 09/2000

Kreis Wesel  
Facharzt für Innere  
Medizin (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 12/2000

Stadt Duisburg  
Facharzt für Allgemein-  
medizin (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 13/2000

## Bewerbungen

richten Sie bitte innerhalb  
der angegebenen Fristen an  
die KV Nordrhein, Zulas-  
sungsausschuß für Ärzte  
Duisburg, Mülheimer Straße  
66, 47057 Duisburg.

Im Bereich der Bezirksstelle  
Aachen:

**Bewerbungsfrist:**  
**1 Woche**

Kreis Heinsberg  
Facharzt für Hals-Nasen-  
Ohrenheilkunde (Aus-

## Verwaltungskostensatz

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2000 in Höhe von DM 121.478.400,00, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 2,2 % v.H. des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung nicht per Diskette vornehmen zahlen 0,1 % mehr und werden mit einem Verwaltungskostensatz in Höhe von 2,3 % v. H. des Arztumsatzes belastet.

Zusätzliche Verwaltungskostensätze für Praxisnetze / Notfallpraxen im Bereich KV-Nordrhein werden zur Deckung der dort anfallenden Kosten, lt. § 9 Abs. 3 der Satzung der KVNo., bei Bedarf, vom Vorstand festgesetzt.

scheiden aus einer Ge-  
meinschaftspraxis)  
Chiffre-Nr. 220

**Bewerbungsfrist:**  
**2 Wochen**

Stadt Aachen  
Facharzt für Allgemein-  
medizin/Praktischer Arzt  
(Ausscheiden aus einer  
Gemeinschaftspraxis)  
Chiffre-Nr. 221

**Bewerbungsfrist:**  
**3 Wochen**

Stadt Aachen  
Facharzt für Allgemein-  
medizin/Praktischer Arzt  
(Ausscheiden aus einer  
Gemeinschaftspraxis)  
Chiffre-Nr. 222

## Bewerbungen

richten Sie bitte innerhalb der  
angegebenen Fristen nach Er-  
scheinen dieser Veröffentlichung an die KV Nordrhein,  
Bezirksstelle Aachen, Habs-  
burgerallee 13, 52064 Aa-  
chen, Tel.: 0241/75 09 - 180.

**Wir weisen darauf hin,  
daß sich auch die in den  
Wartelisten eingetragenen  
Ärzte bei Interesse um den  
betreffenden Vertragsarzt-  
sitz bewerben müssen.**

## Honorarverteilungsmaßstab

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
in der zuletzt durch die Beschlüsse der  
Vertreterversammlung der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Nordrhein am 17.04.99, 07.08.99 und  
27.11.99 geänderten Fassung  
vom 30.11.1996**

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V wird für den Bereich der Kas-  
senärztlichen Vereinigung Nordrhein folgender Ho-  
norarverteilungsmaßstab aufgestellt:

### § 1

#### Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Vertei-  
lung der Gesamtvergütung aller Primärkrankenkassen  
incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bun-  
desknappschaft sowie der Ersatzkassen, ohne Rücksicht  
darauf, ob diese nach einem Pauschale oder nach Einzel-  
leistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die Zah-  
lungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremd-  
kassenfälle, Anteile überbezirklicher Krankenkassen).

### § 2

#### Leistungsbewertung

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behand-  
lung und Betreuung im Rahmen der vertragsärztli-  
chen Versorgung gehörenden Leistungen (kurative  
Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen zur  
Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Gesund-  
heitsuntersuchungen, „Sonstige Hilfen“ sowie Maß-  
nahmen zur Rehabilitation, die mit der Gesamtver-  
gütung abgegolten werden (§ 85 Abs. 1 SGB V).
- 2) a) Die ärztlichen Leistungen werden, soweit in die-  
sem Honorarverteilungsmaßstab nichts anderes  
bestimmt ist, nach Maßgabe des Bewertungs-  
maßstabes für vertragsärztliche Leistungen in  
der jeweils gültigen Fassung bewertet (BMÄ  
bzw. EGO, im folgenden EBM genannt).
- b) Kardiologie – nicht invasiv  
Für fachärztlich tätige Internisten der Unter-  
gruppe 6 (Kardiologen) gelten mit Wirkung ab-  
dem 01.01.1999 folgende Teilbudgets:
  - Teilbudget Grundleistungskomplex (EBM-  
Nrn. 10 – 60)
  - Radiologisches Teilbudget (EBM-Nrn. 5010 –  
5095, 5160)
  - Kardiologisches Teilbudget (ohne die v.a.  
Teilbudgets und ohne Leistungen der Kap. B  
I, 2., B IV, B V, B VI, B IX, O, Q II sowie die  
Leistungen nach den Nrn. 202, 609, 2815 –  
2817, 8900, 8901 und invasive Leistungen nach  
den Nrn. 5120, 5122, **5125, 5126** und 6003)

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Die Leistungen der v.g. Teilbudgets sind je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt der Fallpunktzahl des jeweiligen Teilbudgets und der budgetrelevanten Behandlungsfallzahl der Arztpraxis ergibt. Budgetrelevante Fälle sind alle kurativ-ambulant behandelte Fälle, mit Ausnahme von Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Kosten-erstattungen des Kapitels U und/oder Behandlungsfälle, in denen ausschließlich die Leistung nach Nr. 609 abgerechnet wurde.

Als Fallpunktzahl gelten für das

- Teilbudget Grundleistungskomplex 185 Punkte
- Teilbudget Radiologische Diagnostik 105 Punkte
- Teilbudget Kardiologie
  - bei einem Überweisungsanteil unter 80% 1.655 Punkte
  - bei einem Überweisungsanteil ab 80% 1.775 Punkte

c) Kardiologie – invasiv

Für die invasiv-kardiologischen Leistungen der fachärztlich tätigen Internisten der Untergruppe 6 (Kardiologen) wird das Punktzahlvolumen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet.

Das Punktzahlvolumen für die ersten 300 Punkte an invasiven Leistungen je kurativ-ambulantem Fall werden mit einem Punktwert (PW= 2x) vergütet, der das Doppelte des Punktwertes (PW= 1x) für die nächsten 200 Punkte an invasiven Leistungen je Fall beträgt. Die jeweils weiteren 200 Punkte je Fall werden bis zu einer maximalen Gesamtpunktzahl von 1.100 Punkten an invasiven Leistungen je Fall mit einem jeweils um 50% reduzierten Punktwert (PW= 1/2x; 1/4x; 1/8x) vergütet. Alle darüber hinausgehenden Punktzahlen für invasive Leistungen je Fall werden mit dem wiederum hälftigen Punktwert (PW=1/16x) der letzten Stufe vergütet.

### 3) Radiologie/ Strahlentherapie

Die nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Arztgruppe der Radiologen zur Verfügung stehende anteilige Gesamtvergütung wird nach folgenden Grundsätzen verteilt:

1. Es werden Teilfallpunktzahlobergrenzen festgesetzt, bis zu deren Höhe Punktzahlanforderungen mit einem jeweils einheitlichen Punktwert vergütet werden.
2. Den einzelnen Punktzahlbereichen werden Fallzahlobergrenzen je Arzt zugeordnet. Die die Fallzahlobergrenze übersteigenden Fallzahlen werden mit einem jeweils verminderten Punktwert vergütet.

Die Teilfallpunktzahlen und die Höhe der Abstufung der Punktwerte nach Überschreitung der Fallzahlobergrenze ergeben sich aus der nachfolgenden Aufstellung:

Teilfallpunktzahlen pro Behandlungsfall	Punktwert	Fallzahlobergrenze je Arzt	Punktwertabstufung in %
0 – 1.000	8,5 Dpf.	2.100	80 %
1.001 – 2.000	7,5 Dpf.	1.800	80 %
2.001 – 3.000	6,0 Dpf.	1.500	80 %
ab 3.001	5,0 Dpf.	1.200	80 %

**Für ermächtigte Krankenhausärzte der Gruppe der Radiologen gelten je Arzt 35 % der jeweils angegebenen Fallzahlobergrenze.**

3. Leistungen des Abschnitts T III (GO-Nr. 7019 bis 7031/Hochvolttherapie) werden mit dem Durchschnittspunktwert der Fachgruppe vergütet, der sich nach Abzug der jeweils fest zu vergütenden Leistungen des Abschnitts Q I Ziffer 4 (jedoch ohne Phlebographie) ergibt. Die sich auf diese Leistungen beziehenden Fall- und Punktzahlen bleiben für die Honorarabrechnung nach dem Punktzahl- und Staffelmanipol außer Betracht.
4. Die Leistungen des Abschnitts Q I Ziffer 4 (GO-Nr. 5100 bis 5145/ Gefäße und Interventionelle Radiologie), jedoch ohne die GO-Nrn. 5140, 5141/ Phlebographie werden mit einem Punktwert von 8 Dpf vorab vergütet. Die sich auf diese Leistungen beziehenden Fall- und Punktzahlen bleiben für die Honorarabrechnung nach dem Punktzahl- und Staffelmanipol außer Betracht.
5. Die Übereinstimmung der zur Verteilung kommenden Gesamtvergütung mit der sich aus diesem Modell ergebenden Honorarverteilung wird durch eine lineare Quotierung aller Punktwerte gewährleistet.
- 4) Die Bewertung der Dokumentation ärztlicher Leistungen im Rahmen der onkologischen Nachsorge richtet sich nach den hierüber mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen.

### § 3

#### Nicht abrechnungsfähige Leistungen

- 1) Nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die nach den geltenden Bestimmungen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, insbesondere
  - a) Reihenuntersuchungen in Betrieben
  - b) Einstellungsuntersuchungen in Betrieben
  - c) Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit
  - d) Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen
  - e) badeärztliche Behandlung
  - f) Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- g) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heilverfahrens oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Primärkrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind
- h) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten
- i) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden
- j) Leistungen im Auftrage des medizinischen Dienstes
- k) Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrage der Berufsgenossenschaften
- l) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulosefürsorge
- m) die Selbstbehandlung sowie die Behandlung der mitversicherten Familienangehörigen mit Ausnahme der Sachkosten nach dem DKG-NT
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind darüber hinaus
- a) fachfremde Leistungen, außer bei einer Notfallbehandlung (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), es sei denn, die Dringlichkeit ist begründet. Regelmäßig erbrachte fachfremde Leistungen sind jedoch nicht abrechnungsfähig.
- b) Leistungen von Krankenhausärzten außerhalb der ausgesprochenen Ermächtigung (§ 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)).
- c) Leistungen, für die eine gesetzliche oder gesamtvertraglich vorgeschriebene Genehmigung nicht erteilt worden ist.
- d) Leistungen, für die kein Zertifikat über die Durchführung der Qualitätssicherung nach Maßgabe der bestehenden Richtlinien vorgelegt worden ist (§ 4 Abs. 4 der Satzung).
- 3) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 (Ärzte-ZV) ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.
- Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem ermächtigten Krankenhausarzt dann nicht vergütet, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird.
- Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind im Falle der Aufnahme nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nur dann nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß ein Notfall vorliegt.
- 4) Bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden, können Besuchsgebühren nicht abgerechnet werden.
- 5) Begibt sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes, kann dafür eine Besuchsgebühr nicht berechnet werden. Eine Besuchsgebühr ist jedoch dann abrechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 5 EBM erfüllt sind.

## § 4

### Abrechnungslegung

- 1) Die Rechnungslegung ist auf gültigen Abrechnungsscheinen vorzunehmen. Mehrere Abrechnungsscheine dürfen für einen Patienten nur eingereicht werden, wenn dieser während des Behandlungsvierteljahres die Krankenkasse oder den Mitgliedsstatus bei derselben Krankenkasse gewechselt hat. Erhält der Arzt während eines Vierteljahres mehrere Abrechnungsscheine (z.B. Zuweisung, Konsiliarüberweisung) für denselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse, so gelten diese als ein Behandlungsfall und sind für die Abrechnung zusammenzuheften. Die für eigene Patienten im organisierten Notfalldienst abgerechneten Leistungen sind mit einer entsprechenden Markierung (z.B. einem Buchstaben) zu versehen, um so entsprechend dem EBM diese Leistungen außerhalb des Budgets abrechnen zu können. Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Nummer des EBM einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen. Die Verwendung von Sammelstempeln (mehrere mögliche Diagnosen und Leistungsnummern) ist unzulässig. Erfolgt die Abrechnung nicht auf gültigen Abrechnungsscheinen, sondern mittels Datenträger (z.B. Disketten), so ist hierzu die Genehmigung der zuständigen Bezirksstelle erforderlich. Die Voraussetzung für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand in Richtlinien.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Ärzte, die mit Hilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, werden von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

**Bei mittels EDV abrechnenden, niedergelassenen Ärzten sind die Abrechnungs-, Überweisungs- und Notfall-/Vertreterscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen. Bei mittels EDV abrechnenden ermächtigten Krankenhausärzten, Krankenhäusern und anderen ermächtigten Institutionen wie Polikliniken, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine quartalsweise zusammen mit den übrigen Abrechnungunterlagen der zuständigen KV-Bezirksstelle zu übermitteln.**

**Voraussetzung für die Abrechnung von „In-vitro-Fertilisation“ (IVF-Leistungen) ist, daß der Name des Ehepartners auf dem Behandlungs-/ Überweisungsschein des jeweiligen Patienten angegeben wird.**

- 2) Als gültige Behandlungsausweise gelten:
    - a) Krankenversichertenkarte
    - b) Krankenscheine
    - c) Überweisungsscheine/Belegarztscheine
    - d) Abrechnungsscheine für ärztlichen Notfalldienst oder Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
    - e) Behandlungsausweise für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
  - 3) Überweisungsscheine ohne nähere Kennzeichnung sind nicht abrechnungsfähig. Der Überweisungsempfänger ist gehalten, solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben.
    - a) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung) bezeichnet sind („Ziel- bzw. Definitionsauftrag“), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung dieser Auftragsleistungen und ggf. eines Berichtes mit kritischer Stellungnahme und Empfehlung zur Behandlung. Die Bestimmung des Teils B. Ziffer 3 EBM bleibt hiervon unberührt.
    - b) Überweisungsscheine, auf denen das Wort „Konsiliaruntersuchung“ gekennzeichnet ist, berechtigen nur zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer Leistungen sowie des Berichtes. Im Zusammenhang mit der Konsiliaruntersuchung kann einmalig eine erforderliche Beratung abgerechnet werden.
  - 4) Leistungen im Rahmen der Vorsorge-, Früherkennungs- bzw. ärztliche Gesundheitsuntersuchungen sind auf den Abrechnungsscheinen (§ 4 Abs. 2 Buchst. a) und b)) nach Maßgabe der hierfür erlassenen Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung abrechenbar.
  - 5) Ärzte, die mit Einwilligung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ausüben, können die Leistungen nach Maßgabe der Vereinbarung über die Ausübung von tiefenpsychologisch fundierter und/oder analytischer Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.09.1990 (Deutsches Ärzteblatt vom 01.11.1990 Heft 44, Seiten 3439 ff) abrechnen.

Die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.
  - 6) Ärzte, die Leistungen im Rahmen der „Sonstigen Hilfen“ und der Maßnahmen zur Rehabilitation erbringen, können diese Leistungen nach Maßgabe der hierüber abgeschlossenen Vereinbarungen abrechnen.

Die hierzu erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.
- c) Überweisungsscheine, auf denen „Mit-/Weiterbehandlung“ gekennzeichnet ist, berechtigen zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender und/oder ergänzender diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen bzw. zur gesamten diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit.
  - d) Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Wechselseitige Vertretungen der Partner von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften mit gemeinsamen Räumlichkeiten sowie Vertretungen in den Praxisräumen des vertretenen Arztes dürfen nicht auf diesem Abrechnungsschein abgerechnet werden.
  - e) Ist auf dem Abrechnungsschein eine für den Patienten nicht zuständige Krankenkasse vermerkt und kann die zuständige Krankenkasse nicht ermittelt werden, so sind die eingetragenen ärztlichen Leistungen nicht abrechnungsfähig. Das gilt nicht bei der Verwendung einer falschen Krankenversichertenkarte.

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

7) Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der kurativen Medizin, der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen sowie der „Sonstigen Hilfen“ und der Rehabilitation erfolgt vierteljährlich. Die Abrechnungsunterlagen sind jeweils nach Beendigung eines Kalendervierteljahres der zuständigen Bezirksstelle einzureichen. Die Fristen werden entsprechend den verwaltungsmäßigen Erfordernissen der einzelnen Bezirksstelle festgelegt. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach diesem Zeitpunkt erhält, können erst mit der nächsten Vierteljahresabrechnung eingereicht werden. Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer irrtümlich unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend machen.

8) Wird die Abrechnung ganz oder teilweise ohne vorherige Genehmigung des Verwaltungsrates der Bezirksstelle verspätet eingereicht, so gilt folgendes:

- Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
- Von dem anerkannten Honorarananspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10 Prozent zur Deckung der zusätzlich entstehenden Verwaltungskosten in Abzug gebracht.

Der Verwaltungsrat der Bezirksstelle kann von den Maßnahmen gemäß a) und b) ganz oder teilweise absehen, wenn der Arzt die Einreichungsfrist nachweislich ohne sein Verschulden versäumt hat oder wenn dieser Termin nur geringfügig überschritten wurde.

9) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, daß die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir selbst oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner Aufsicht bzw. von einem Vertreter (vgl. § 32 ZV-Ärzte), genehmigten Assistenten/AiP oder angestelltem Arzt (vgl. § 32a ZV-Ärzte) bzw. gemäß §§ 15 BMV/Ärzte, 14 BMV/Ärzte/Ersatzkassen ausgeführt wurden. Keine der in Rechnung gestellten Leistungen wurde in einer nicht genehmigten Zweigpraxis ausgeführt.“*

*In der Zeit vom ..... bis ..... war Frau/Herr Dr. med. .... als genehmigter Assistent und/oder angestellter Arzt in meiner Praxis tätig.*

*In der Zeit vom ..... bis ..... wurde ich in meiner Praxis von Frau/Herrn Dr. med. ... vertreten. Ich versichere, daß die Abrechnung vollständig ist. Für den Fall, daß ich mittels EDV mit der Kassenzärztlichen Vereinigung Nordrhein abrechne, versichere ich, daß die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.“*

10) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der gemäß §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Ärzte-ZV ermächtigte Krankenhausarzt folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, daß die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir persönlich oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner Aufsicht bzw. von einem Vertreter während der Abwesenheit wegen Krankheit, Urlaub oder Fortbildung ausgeführt wurden.“*

*In der Zeit vom .... bis .... wurde ich von Frau/Herrn Dr. med. .... vertreten.*

*Ich versichere, daß die Abrechnung vollständig ist. Für den Fall, daß ich mittels EDV mit der Kassenzärztlichen Vereinigung Nordrhein abrechne, versichere ich, daß die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.“*

11) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt, der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung der Nrn. 80 bis 87 EBM für die ambulante Durchführung operativer Leistungen folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, daß in meiner Praxis/in den von mir genutzten Op.-Einrichtungen die für die ambulante Durchführung operativer Leistungen in Abschnitt B VI des EBM genannten Mindestanforderungen sowie die Voraussetzungen gemäß der „Ver Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V“ vom 13.06.1994 erfüllt wurden.“*

**12) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung (IVF) folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:**

***„Ich versichere hiermit, daß die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht und nicht zur Durchführung von ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) ausgeführt worden sind.“***

13) Zur vorläufigen Sicherung möglicher Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche können nur mit Zustimmung des Vorstandes der KV-Nordrhein bis zu 30 % der fälligen Honoraranforderungen einbehalten werden, wenn gegen den Arzt ein Verfahren auf Entziehung der Kassenzulassung anhängig ist oder

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

ein rechtskräftiges Urteil bzw. ein unanfechtbarer Strafbefehl wegen betrügerischer Abrechnung vorliegt und Schadensersatzansprüche angemeldet werden.

Die Einbehaltungen werden mit den banküblichen Darlehnszinsen verzinst und an den Arzt ausgezahlt, wenn und soweit sich die vorläufige Sicherung als unberechtigt oder überhöht erweist.

## § 5

### Sachliche und rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die Abrechnungunterlagen des Arztes daraufhin, ob die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes beachtet wurden.
- 2) Sachliche Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) sind dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen.  
Dies gilt nicht, wenn zwingende Bestimmungen des EBM (vgl. § 2 Abs. 2) außer acht gelassen wurden oder die sachliche Berichtigung rechnerisch pro Quartalsabrechnung unter DM 200,— liegt.
- 3) Über Widersprüche entscheidet - soweit die Bezirksstellen diesen nicht abgeholfen haben - der Vorstand der KV Nordrhein (§ 4 Abs. 6 der Satzung der KV Nordrhein).

## § 6

### Honorarverteilung und Abrechnungsbescheid

- 1) Der zur Honorarverteilung zur Verfügung stehende Betrag eines Vierteljahres gemäß § 85 SGB V für Ärzte und andere an der Honorarverteilung Teilnehmende ergibt sich aus:
  - a) den Gesamtvergütungen der bezirkseigenen Primärkrankenkassen bzw. landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft,
  - b) den Gesamtvergütungen der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen,
  - c) den Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle).
- 2) Die Honorarverteilung der Gesamtvergütungen nach § 6 Abs. 1 erfolgt kassenübergreifend.
- 3) Aus dem gemäß Abs. 1 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 Primär- und Ersatzkassen)

- b) Erstattung von Kosten nach § 9
  - c) Wegegelder und Wegepauschalen nach den §§ 10 und 11
  - d) **pauschale** Kostenerstattung für Dialysebehandlung an niedergelassene Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Institute entsprechend den mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen
  - e) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gem. § 6 Abs. 4 a zu berücksichtigen sind
  - f) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gem. § 6 Abs. 4 a zu berücksichtigen sind
  - g) Zahlungen an Krankenkassen für den Ausgleich einer Überschreitung des Arznei- und/oder Heilmittelbudgets.
  - h) Zahlungen für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung (Nr. 8066), bewertet mit einem Punktwert von 9,5 Pf.
  - i) Leistungen im organisierten Notdienst, bewertet mit einem Punktwert von 9,0 Pf.
  - j) Vergütungen für Prävention, Impfleistungen und Methadon nach Maßgabe der hierüber mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen.
  - k) Polikliniken, für die eine rechtswirksame Fallzahlfestschreibung erfolgt ist
  - l) Übrige Polikliniken mit ihren anteiligen Werten des Jahres 1995 vom Anteil aller Polikliniken auf Basis der Quartale 1-2/96 (Durchschnitt)
  - m) Krankenhäuser/Institute mit ihrem individuellen Anteil auf Basis der Quartale 1-2/96 (Durchschnitt)
  - n) die anerkannten Leistungen der in Absatz 4 a) nicht genannten Arztgruppen, die unter Vernachlässigung der Regelung nach § 7 bzw. 7 a) HVM mit dem rechnerischen Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen bewertet werden. Dieser rechnerische durchschnittliche Punktwert errechnet sich aus der Division der Gesamtvergütung, die gem. § 6 Absatz 4 a) zur Verfügung steht, durch den anerkannten Leistungsbedarf ohne Anwendung der Begrenzung der Punktzahlen nach § 7 HVM.**
- 4) a) Der nach Abzug der Vorwegzahlungen gemäß Absatz 3 für Primär- bzw. Ersatzkassen verbleibende Gesamtvergütungsbetrag wird nach dem unten aufgeführten Schlüssel für die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und wird zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten, nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes berechtigten Honoraranforderung auf folgende Bereiche, ohne Trennung nach Primär- und Ersatzkassen, („Honorartöpfe“) verteilt. Dabei sind die Kosten gem. EBM für die

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Laboranalytik aus den jeweiligen Fachgruppentöpfen vorweg zu berücksichtigen.

## Vertragskassen

Arztgruppen:	
Anaesthesisten	1,3541 %
Augenärzte	4,9550 %
Chirurgen	4,0497 %
Gynäkologen	7,7781 %
HNO-Ärzte	4,8555 %
Hautärzte	3,4186 %
hausärztlich tätige Internisten	14,0828 %
fachärztlich tätige Internisten	3,8366 %
davon Untergruppe 6	1,5851 % *)
Untergruppe 7	0,3833 %
Untergruppe 8	0,2134 %
hausärztlich tätige Kinderärzte	4,5198 %
fachärztlich tätige Kinderärzte	0,1110 %
Laborärzte	2,8143 %
Lungenärzte	1,2511 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,4123 %
Nervenärzte,	4,0988 %
Neurochirurgen	0,0855 %
Orthopäden	7,5939 %
Pathologen	0,5628 %
Radiologen	6,7482 %
Urologen	2,8391 %
Nuklearmediziner	0,5312 %
Allgemeinärzte/ prakt. Ärzte/Ärztin	24,1015 %
Psychotherapeutische 1*) Leistungen aller Arztgruppen	

1\*) Das für das Jahr 1999 zu vereinbarende höchstens zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen besteht aus dem für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 1996 aufgewendeten und um die nach § 85 Abs 3 SGB V für die Jahre 1997 und 1998 vereinbarten Veränderungen erhöhten Vergütungsvolumen und einem Ausgabenvolumen, das den im Jahr 1997 für psychotherapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entrichteten Vergütungen entspricht, erhöht um 40 vom Hundert. Hierbei wird das aus dem Honorartopf der Nervenärzte vergütete Volumen für psychotherapeutische Leistungen auf dem Stand der zuletzt durchgeführten Arztdynamisierung dem Topf der Nervenärzte entnommen und den psychotherapeutischen Leistungen aller Arztgruppen hinzugefügt.

\*) davon invasive Leistungen 0,1293 %  
nicht invasive Leistungen 1,4558 %

\*\*) invasive Leistungen sind Leistungen nach den Nrn. 5120, 5122, **5125, 5126** und 6003

Die neue Ermittlung der Honorartopfanteile bedeu-

tet keinerlei Umverteilung; sie ist notwendig, um die sich aus dem GKV-Sol.-Gesetz ergebenden Anpassungen für Präventions-, Impfleistungen, Methadon und psychotherapeutische Leistungen vorzunehmen und die Honorartöpfe auf dem letzten Stand der Arztdynamisierung (Quartal 2/98) festzuschreiben.

Bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Fach-/Untergruppen kann eine Anpassung des Budgets durch den Vorstand erfolgen. Für jeden von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und einem bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vertraglich vereinbarten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) wird durch den Vorstand ein eigener Honorartopf berechnet, wenn sich alle Mitglieder des jeweiligen Verbundes den Bedingungen des Netzverbundes und einer Honorarverteilung unter Zugrundelegung eines eigenen Topfes für die vernetzten Praxen unterworfen haben. Basis für die Topfbildung sind die Quartale 1 und 2/96 bezüglich der Honoraranteile, die die Mitglieder des jeweiligen Verbundes (§ 73 a SGB V) auf sich vereinigt haben, im Folgezeitraum verändert gemäß den übrigen Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Bildung von Honorartöpfen gem. § 6 Absatz 4 a) HVM. Die übrigen Honorartöpfe verändern sich entsprechend. Im Falle der Beendigung eines Vertrages nach § 73 a) SGB V sind die für die vernetzten Praxen gebildeten Honorartöpfe gemäß den Anteilen der beteiligten Arztgruppen aufzuteilen.

## b) entfällt

c) Die Verteilung der Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen bestimmt sich ohne Trennung nach den einzelnen Versicherungsträgern ebenfalls nach den Vorschriften des Abs. a).  
d) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.

5) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

6) Über die Verteilung der Gesamtvergütung erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Abrechnungsbescheid, ggf. in Gestalt eines Kontoauszuges. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen ersichtlich sein:

a) die angeforderten und die nach Prüfung und ggfs. Budgetierung anerkannten Beträge bzw. Punktzahlen

b) das nach § 7 festgestellte Kürzungsvolumen

c) die sich aus der Berechnung mit 10 Pfg ergebende individuelle Punktzahl und die daraus resultierende Gutschrift.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- d) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskosten  
e) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlicher oder rechnerischer Berichtigung der Abrechnung, Ärztekammerbeitrag etc.)  
f) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen oder Honorarabstrichen für frühere Quartale etc.)  
g) Auszahlungsbetrag.
- 7) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschußfrist geltend machen können, wird der Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschußfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist.  
Bis dahin ist eine nachträgliche Korrektur des Abrechnungsbescheides (Berichtigung der Abrechnung und Verrechnung) zulässig. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Die Bestimmung des § 5 gilt entsprechend.
- 8) Von der Zahlung an die Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung der KV-Nordrhein beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht. Auf das Vierteljahreshonorar erhalten Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe mindestens 20 %, höchstens jedoch 30 % des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die KVNo fertiggestellten Vierteljahresabrechnung betragen soll. Die Restzahlung für die fertiggestellte Quartalsabrechnung erfolgt bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden 4. Monats. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind.  
Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle.
- 9) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z.B. Beendigung der Zulassung wg. Erreichens der Altersgrenze, Tod, Wegzug, Verzicht, Aufgabe der Praxis, Entziehung der Zulassung) können weitere

Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regreß-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer Bankbürgschaft abgewendet werden.

## § 7 Leistungsmengensteuerung

Um die Mengenentwicklung bei den ärztlichen Leistungen zu steuern und um die Vorschriften des § 85 Abs. 4 SGB V zu erfüllen, gelten die folgenden Bestimmungen:

- 1) Jede vertragsärztliche Praxis erhält ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert), **mit Ausnahme von Kardiologen der Untergruppe 6, Radiologen der Arztgruppe 53 und Pathologen der Arztgruppe 47**. Abrechnungspunktzahlen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht vergütet. Hiervon ausgenommen sind folgende Honoraranteile:
  - Leistungen im organisierten, ärztlichen Notfalldienst
  - Präventionsleistungen
  - Impfleistungen
  - Methadon-Leistungen (Nr. 202)
  - Psychotherapeutische Leistungen (Nrn. 855 bis 869 + Leistungen der Kap. G IV + G V)
  - Hausärztliche Grundvergütung
  - Sowie die übrigen Vorwegzahlungen gem. § 6 Abs. 3
  - Kostenanteil des Umsatzes für Laborleistungen in Höhe von 41,4 % für O I/O II- und 87,3 % für O III-LeistungenDarüber hinaus werden von jedem individuellen Umsatz 3 % zurückgestellt für die Finanzierung neuer Praxen und des gem. Abs. 3 erlaubten Zuwachses.
- 2) Der nach Abs. 1 verbleibende Honoraranteil einer jeden Praxis wird mit dem Faktor 10 multipliziert und ergibt das je Arzt bzw. je Praxis zulässige Punktzahlvolumen. Über das individuell ermittelte Punktzahlvolumen hinausgehend abgerechnete Punktzahlen werden nicht vergütet.  
Der feste Punktwert von 10 Pfg bedingt, gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung, ein sich quartalsweise änderndes individuelles Punktzahlvolumen je Arzt/Praxis. Die sich hieraus ergebende Quotierung ist fachgruppenbezogen entsprechend der Honorartöpfe vorzunehmen.
- 3) Ein Punktzahlzuwachs ist nur möglich bei Praxen, die unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der jeweiligen Fach-/Untergruppe abrechnen. Der Zuwachs beträgt **jährlich maximal 3 % bezogen auf das maximal abrechenbare Punktzahl-**



# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

**volumen aus dem Bemessungszeitraum;** höchstens jedoch wird ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugestanden.

Neue Praxen „übernehmen“ die Werte des Vorgängers, falls diese über dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert angesiedelt waren; ansonsten gilt auch hier ein erlaubtes Wachstum maximal bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert.

- 4) Der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert je Arzt errechnet sich wie folgt:

Die Summe der gem. Absatz 1 zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung je Fach-/Untergruppe multipliziert mit dem Faktor 10 und dividiert durch die Zahl der Ärzte dieser Fach-/Untergruppe im Bemessungszeitraum ergibt den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert je Arzt.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten folgende Werte:

Tabelle:

	durchschnittlicher Punktzahlengrenzwert
Anästhesisten	692.598
Augenärzte	828.553
Chirurgen	955.273
Gynäkologen	596.255
HNO-Ärzte	969.311
Hautärzte	806.370
Internisten, Hausärzte	722.473
Internisten, Fachärzte UG	71.001.455
Internisten, Fachärzte UG 8	717.334
Internisten, Fachärzte UG 0-5, 9	510.462
Kinderärzte, Hausärzte	692.470
Kinderärzte, Fachärzte	419.138
Laborärzte	586.489
Lungenärzte	1.087.385
MKG-Chirurgen	455.133
Nervenärzte	750.276
Neurochirurgen	516.419
Orthopäden	1.247.349
<del>Pathologen</del>	<del>783.338</del>
Urologen	743.898
Nuklearmediziner	1.790.617
Allgemeinärzte/Ärzte/prakt. Ärzte	612.066

- 5) Berücksichtigung der individuellen Honorar- und Fallzahlentwicklung \*)

Die Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung ist begrenzt auf fachgruppeneinheitliche Absolutfallzahlen. Die maximal anzurechnende Fallzahlzunahme je Vertragsarzt beträgt 2% der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe. Bei Vertragsärzten, die weniger als 21 Quartale niedergelassen sind, beträgt die maximal anzurechnende Fallzahlzunahme 4 % der Durchschnittsfallzahlen der Fachgruppe. Darüber

hinausgehende Fälle werden nicht angerechnet. Überschreitet der Vertragsarzt, der mehr als 20 Quartale niedergelassen ist, im Abrechnungsquartal seine höchste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erhöht sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um den Prozentsatz, um den die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschritten wurde, maximal aber um den Prozentsatz, um den der zulässige absolute Fallzahlzuwachs der Fachgruppe die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschreitet. Überschreitet ein Vertragsarzt, der weniger als 20 Quartale niedergelassen ist, im Abrechnungsquartal seine höchste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erhöht sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um den Prozentsatz, um den die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschritten wurde. Innerhalb des ersten Niederlassungsjahres gelten die bereits abgerechneten Quartale als Bemessungszeitraum. Eine Beschränkung auf einen maximalen Prozentsatz, der sich aus dem zulässigen absoluten Fallzahlzuwachs der Fachgruppe ergibt, wird nicht vorgenommen, solange der Vertragsarzt die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe im Bemessungszeitraum nicht überschreitet.

Unterschreitet der Vertragsarzt im Abrechnungsquartal seine niedrigste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erniedrigt sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um die Hälfte des Prozentsatzes, um den die individuelle niedrigste Fallzahl im Bemessungszeitraum unterschritten wurde.

**\*) Regelung ist zur Zeit ausgesetzt**

- 6) Als Bemessungszeitraum gelten die Quartale 3/97 bis 2/98. Das individuelle Leistungsbudget gem. Abs. 1 wird aus den individuellen Umsätzen des Durchschnittes des Bemessungszeitraumes ermittelt.
- 7) Bei Ausscheiden eines vor dem 01.07.1998 angestellten Arztes gem. § 32 b) ZV-Ärzte werden für halbtags beschäftigte angestellte Ärzte 7/27 bzw. für ganztags beschäftigte angestellte Ärzte 7/17 von dem jeweils für die Praxis geltenden Punktzahlengrenzwert subtrahiert.
- 8) Neu niedergelassene Ärzte können bis zum Erreichen des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes für die Dauer von 20 Quartalen unbegrenzt wachsen, mindestens jedoch 3%.
- 9) Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte, multipliziert mit dem Faktor 0,35. **Das erlaubte, durch-**

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## **schnittlich realisierte Wachstum der Quartale 3 und 4/99 bleibt für die Folgequartale erhalten.**

- 10) In Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gilt darüber hinaus, daß die individuellen Werte aufgrund von Plausibilitätsprüfungen oder anderen Maßnahmen angepaßt werden können.

### § 7 a Sonderregelungen

- 1) Bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Untergruppen wird das durchschnittliche arzt-/praxisindividuelle Honorar ohne Hausarztzuschale, Kosten, Honorar für die Tätigkeit im ON, für Präventions-/Impfleistungen, Methadon-Leistungen (Nr. 202 EBM) und psychotherapeutische Leistungen aus den Quartalen 3/97 bis 2/98 derjenigen Untergruppe entnommen, der der Arzt/die Praxis zuletzt zugeordnet war und derjenigen Untergruppe zugefügt, in die gewechselt wird.
- 2) Ermittlung des Individualbudgets  
Für die Zugrundelegung des Individualbudgets gilt das zum Zeitpunkt der Honorarverteilung anerkannte Honorar aus dem Bemessungszeitraum (Quartale 3-4/97 und 1-2/98). Bei der Ermittlung des anerkannten Honorars ist der praxisindividuelle Umsatz der o.g. Quartale um folgende Anteile zu bereinigen:
  - Vorquartalsberichtigungen der Bezugsquartale 3-4/97 und 1-2/98
  - Hausärztliche Grundvergütung
  - Präventionsleistungen
  - Impfleistungen
  - Methadon-Leistungen (Nr. 202)
  - Leistungen im organisierten, ärztlichen Notfalldienst
  - Psychotherapeutische Leistungen
  - Förderbeträge (AOK, BKK, IKK)
  - Förderbeträge ambulantes Operieren (0,45 %)
  - alle DM Leistungen wie z.B. Kosten/Wege, Zusatzvereinbarungen etc.
- 3) Sollte sich während der Honorarverteilung herausstellen, daß die zurückgestellten 3 % zur Finanzierung neuer Praxen und des gemäß Abs. 3 erlaubten Zuwachses nicht ausreichen werden, ist der Differenzbetrag durch eine lineare Quotierung über alle Arztgruppen zu finanzieren.
- 4) Betrachtung von Gemeinschaftspraxen
  - a) Bei der Bildung von Gemeinschaftspraxen im Bemessungszeitraum oder vor Inkrafttreten dieses HVM, nicht jedoch vor dem Quartal 3/97, werden die Werte der sich zusammenschließenden Ärzte addiert. Ist bei der Bildung einer Gemeinschaftspraxis ein neuer Arzt beteiligt, geht er mit dem fachgruppenspezifischen Durchschnitt in das praxisindividuelle Punktzahlvolumen ein. Bei neuen Ärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen werden die Werte der betreffenden Fachgebiete arithmetisch gemittelt. Bei Ärzten, die im Bemessungszeitraum noch keine vier vollen Quartale niedergelassen waren, können die bereits abgerechneten Quartale hochgerechnet werden.
  - b) Beim Zusammenschluß zwischen einem Kardiologen (Untergruppe 6) und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet **wird die neue Gemeinschaftspraxis in der Untergruppe 6 (Kardiologen) geführt.**
  - c) Beim Zusammenschluß zwischen einem Radiologen **der Arztgruppe 53** und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet **wird die neue Gemeinschaftspraxis in der Arztgruppe 53 geführt.**
  - d) **Beim Zusammenschluß zwischen einem Pathologen der Arztgruppe 47 und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet wird die neue Gemeinschaftspraxis in der Arztgruppe 47 geführt.**
  - e) Bei Auflösung einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis im oder nach dem Bemessungszeitraum werden die Werte der ehemaligen Gemeinschaftspraxis durch die Anzahl der ehemaligen Praxispartner dividiert, sofern keine einvernehmliche Regelung über eine andere Aufteilung zustande kommt. Die so ermittelten Anteile sind bei der Berechnung des durchschnittlichen Umsatzes des Einzelnen im Bemessungszeitraum entsprechend zu berücksichtigen.
  - f) Bei Auflösung einer fachübergreifenden bzw. Honorartopf-übergreifenden Gemeinschaftspraxis (ohne Kardiologen und ohne Radiologen) im oder nach dem Bemessungszeitraum werden, sofern keine einvernehmliche Regelung zwischen den ehemaligen Praxispartnern zustande kommt, die quartalsbezogenen Werte der ehemaligen Gemeinschaftspraxis in dem Verhältnis aufgeteilt, welches sich bei Betrachtung der Durchschnittswerte der betreffenden Arztgruppen nach der Tabelle nach § 7 Absatz 4 ergibt.
- 5) Wechsel der Arzt-/Untergruppe  
Beim Wechsel der Arzt-/Untergruppe behält die Praxis ihr auf Basis des Bemessungszeitraumes ermitteltes Individualbudget. Die Größe der betreffenden Honorartöpfe ändert sich nicht, außer bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Untergruppen.
- 6) Festlegung von Individualwerten  
Bei Ärzten/Praxen, deren (durchschnittliche) Niederlassungsdauer am 30.06.1999 weniger als 21 Quartale beträgt, können auf Antrag die durchschnittlichen, anerkannten Werte aus bis zu vier auf-

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

einanderfolgenden Quartalen vor Inkrafttreten dieses HVM, nicht jedoch vor 3/97 zugrunde gelegt werden.

- 7) Anpassung der Individualwerte
- Bei der Bemessung des Individualbudgets können auf Antrag z.B. rechtskräftige Kürzungsrücknahmen aus WP/Plausi oder Aufhebung von Kürzungen nach § 7 HVM, die den Bemessungszeitraum betreffen, geltend gemacht werden. Dem Antrag sind die entsprechenden Belege beizufügen
  - Bei Ärzten, die innerhalb des Bemessungszeitraumes „Kostenerstattung“ praktiziert haben (z.B. Operation Phoenix), können für die Ermittlung der Individualwerte auf Antrag die Quartale 3 und 4/97 als Bemessungszeitraum zugrunde gelegt werden. Sollten die Quartalswerte aus 3 und 4/97 zu gering bemessen sein, können auf besonderen Antrag auch die Quartale 1 und 2/97 als Basis herangezogen werden. Die jeweiligen Werte sind mit einer vom HVM-Ausschuß im Einzelfall festzulegenden, individuellen Quote zu belegen.
  - Regelung für Job-sharing-Praxen ohne Kardiologen und ohne Radiologen  
Sofern in einem Quartal des Bemessungszeitraumes kein angestellter Arzt **oder Job-sharing-Partner** in der Praxis tätig war, werden die Individualbudgets der Praxis in diesem Quartal um 3 % gesteigert. Die gesteigerten Werte gehen in die Durchschnittsberechnung ein. **Bei einer Praxis mit mehreren Ärzten, die einen Job-sharing-Partner aufnehmen, ist die Erhöhung um 3 % durch die Anzahl der bereits in der Praxis tätigen Ärzte zu dividieren.**
  - In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Zuschläge auf den individuellen Punktzahlengrenzwert des Arztes/der Praxis bewilligen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere Veränderungen
    - in der vertragsärztlichen Versorgung in unmittelbarem Umfeld der Arztpraxis (z.B. durch Praxisaufgaben, Erlöschen von Ermächtigungen von Krankenhausärzten),
    - in der Verteilung der Leistungserbringung innerhalb einer Arzt-/Untergruppe (Konzentration von Leistungen auf eine gegenüber dem Bemessungszeitraum geringere Erbringergahl), die dazu führen, daß der Punktzahlengrenzwert aus dem Bemessungszeitraum der nachweislich veränderten Leistungsmenge nicht angemessen ist. (Die geltend gemachten Auswirkungen sind im konkreten Einzelfall anhand der Abrechnungsstatistiken nachzuweisen.)

e) Bei Ausscheiden eines zugelassenen Assistenten darf die Reduzierung des Punktzahlengrenzwertes der Praxis nach den Vorgaben des § 7 Absatz 7 HVM nicht dazu führen, daß, wenn Praxen diesen Maximalwert in der Vergangenheit nicht erreicht haben, durch Anwendung der Berechnungsformel ein ungerechtfertigt niedriger Punktzahlengrenzwert für den verbleibenden Arzt resultiert. Der Vorstand kann nach Anhörung des HVM-Ausschusses auf Antrag eine im Einzelfall von der Regelung des § 7 Absatz 7 HVM abweichende, angemessene Regelung beschließen.

- 8) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses HVM die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand nach Anhörung des HVM-Ausschusses im Einzelfall zu beschließen.

## § 7 b Mengengrenzung für Pathologen \*)

- 1) **Übersteigt der anerkannte Leistungsbedarf für kurativ ambulante Leistungen den Punktzahlengrenzwert von**

**1.965.193 Punkten,**

**wird die Vertragsarztpraxis einer Kürzung unterworfen. Der Kürzungsbetrag errechnet sich durch Multiplikation der Überschreitungspunktzahl mit dem arztindividuellen Punktwert aus der gesamten ambulanten Honorarabrechnung. Der Überschreibungsbetrag wird um 50% gekürzt.**

- 2) **Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Absatz 4 a) genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt.**

- 3) **Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % des Punktzahlengrenzwertes nach Abs. 1)**

- 4) **Für Gemeinschaftspraxen gilt Absatz 1) mit der Maßgabe, daß der Punktzahlengrenzwert mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zu multiplizieren ist.**

- 6) **Die Regelung nach § 7 b HVM gilt nicht für ermächtigte Institute**

- \*) **Regelung kann erst ab 01.10.99 umgesetzt werden**

## § 8 Belegärztliche Tätigkeit

Die gemäß § 121 Abs. 3 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung einbezogene stationäre Behandlung durch hierzu berechnete Belegärzte wird nach folgenden Bestimmungen bewertet:

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- 1) Dem nach § 31 BMV Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 39 BMV Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 28 EBM vergütet.  
  
Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Nr. 29 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, berechnen. Die Abrechnung der Einzelvisite bei Nacht erfolgt nach Nr. 29N EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5. EBM. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld berechnet werden.  
Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Leistungen nach den Abschnitten B II 1 und B II 2 sowie den Nrn. 25, 26, 32, 40, 42, 44, 150 und EBM 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 Operationen folgenden Tag. Die Leistung nach Nr. 29 EBM in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt erforderlich war.
- 3) Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
  - a) die Leistungen der Kapitel D II und S EBM, die Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 78 und 119 EBM sowie Pauschalerstattungen des Kapitels „U“ EBM mit 100 % der Vergütungssätze.
  - b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N EBM mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen.- Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 160 Punkten erreicht.
  - c) die Leistungen nach den Nrn. 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 375, 376, 377, 378, 381, 384, 388, 389, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 625, 630, 631, 651, 652, 653, 656, 660, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175 mit 60% der Vergütungssätze,
  - d) - die Leistungen des Kapitels **O I/II EBM, für die mindestens 8,90 DM bzw. Leistungen des Kapitels O III EBM, für die mindestens 7,45 DM Kosten ausgewiesen sind,**  
- die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,  
- die Leistungen der Abschnitte P II und P III EBM,  
- die den Leistungen der Kapitel O und P EBM entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind, mit 60% der Vergütungssätze.  
- Die Leistungen des Kapitels O EBM sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 39 BMV-Ärzte/ Ersatzkassen bzw. § 25 BMV-Ärzte genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.
  - e) die Leistungen der Kapitel D I und Q EBM mit Ausnahme der Nrn. 5151, 5210 bis 5221 (Computertomographie) EBM mit 60% der Vergütungssätze,
  - f) die Leistungen nach den Nrn. **5151**, 5210 bis 5221 EBM und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT-Untersuchungen) EBM mit 20% der Vergütungssätze,
  - g) die Leistungen des Kapitels „T“ EBM mit 33 1/3 % der Vergütungssätze,
  - h) der Beistand bzw. die Assistenz nach Nr. 46 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, sofern der Belegarzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.
- 4) Die reduzierten Vergütungssätze nach 3) gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
- 5) Die Leistung nach Nr. 51 EBM, ggf. in Verbindung mit einer Gebühr nach Nr. 5 EBM, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.
- 6) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ärzte berechnen:
  - a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen  
- bei Tage die Nr. 50 EBM für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen/ das Wegegeld

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- bei Nacht die Nr. 50N EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungsleistung der Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffende Wegepauschale/das zutreffende Wegegeld,
  - b) für die Assistenz die Leistung nach Nr. 46 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM
  - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses
    - bei Tage die Visite nach den Nrn. 28 und 29 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM
    - bei Nacht die Einzelvisite nach Nr. 29N EBM und die Gebühr nach Nr. 5 EBMsowie je Fall einmal das Wegepauschale bzw. Wegegeld und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
  - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 EBM sowie nach den Kapiteln C und D II EBM.
- 7) 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.
- 8) 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 Vertragskassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.  
Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet hierüber auf Anfrage die Krankenkassenverbände.
  - 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 Ersatzkassen ein Betrag von DM 6,00 pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Primärkrankenkassen vergüten hierfür 60 Punkte. Die Abrechnung erfolgt durch Ansatz der Nr. 7200 EBM auf dem Abrechnungsschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

## § 9 Erstattung von Kosten

- 1) Die Erstattung von Porto- und Versandkosten sowie Schreibgebühren und die Erstattung von Kosten für Fotokopien erfolgt nach den Bestimmungen des Teils „U“ - Pauschalerstattungen - des EBM.
- 2) Für vom Arzt ausgegebene Testbriefchen zur Durchführung von Untersuchungen auf Blut im Stuhl, die vom Patienten dem Arzt nicht zurückgegeben werden, erstattet die Krankenkasse DM 2,50. Der Arzt hat in der Abrechnung hierfür die Nr. 7150 EBM einzutragen.
- 4) Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muß, werden erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 8023 EBM einzutragen.
- 4) Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten), LDL-Apherese-Sachkosten sowie für Leistungen, für die Kosten vereinbart sind (z. B. Katarakt-Operationen), werden in der mit den Krankenkassen vereinbarten jeweiligen Kostenhöhe erstattet **bzw. pauschal vergütet.**
- 5) Kosten für Leistungen nach Kapitel A Nr. 4 des EBM (Allgemeine Bestimmungen) wie z.B. für Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, werden in der nachgewiesenen Höhe erstattet.
- 6) Kostenerstattungen gemäß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten.

## § 10 Wegegelder und Wegepauschale für Versicherte der Primärkrankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte - soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist - eine Wegepauschale von DM 1,95 bei Tag und DM 3,90 bei Nacht.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

2) Anstelle des Wegepauschales gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arzt-sitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrundegelegt werden.

Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst (vgl. § 4 Abs. 3) ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näherliegenden Arzt-sitz angesetzt werden.

4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 150 EBM abrechenbar.

Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden (vgl. § 3 Abs. 4).

5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:

a) Bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 26, 29 oder 50 EBM sowie bei Besuchen nach den Nrn. 25 + 5 oder 150 + 5 EBM DM 2,90

b) bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 25N, 26N, 29N oder 50N EBM, ggf. im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung nach Nr. 5 EBM DM 4,80

c) bei Besuchen nach den Nrn. 25 und 150 EBM - ohne anteilige Berechnung - DM 2,30

6) Abweichend von Abs. 1), 2) und 5) erhalten zugelassene oder ermächtigte Ärzte für Anästhesie anstelle eines Wegegeldes Fahrkostenerstattung. Als Fahrkostenerstattung wird der Betrag in Höhe des jeweils bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges steuerlich berücksichtigungsfähigen Satzes (z.Z. DM 1,40 je Doppelkilometer) gezahlt.

Diese Erstattung wird nur gezahlt, wenn die Entfernung zwischen der Praxisstelle des zugezogenen Anaesthesisten zum Behandlungsort des Patienten mehr als 5 km beträgt, wobei die ersten 5 km nicht erstattungsfähig sind. Es wird Fahrkostenersatz für höchstens 50 km geleistet.

Für die Berechnung des Fahrkostenersatzes bleiben Bruchteile unter 0,5 km unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

Werden mehrere Patienten im Rahmen einer Besuchsfahrt an demselben Besuchsort behandelt, kann die Fahrkostenerstattung nur einmal abgerechnet werden.

Hiervon abweichende Regelungen mit einzelnen (Krankenkassen-) Verbänden bleiben von der vorstehenden Bestimmung unberührt.

## § 11 Wegepauschale für Versicherte der Ersatzkassen

1) a) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 oder 150 EBM sowie für jede Einzelvisite nach Nr. 29 EBM ein Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 EBM in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten bzw. für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen. Das Wegepauschale wird nach den Nrn. 7160 und 7161 in unterschiedlicher Höhe, nach Besuchszeiten differenziert, erstattet.

b) Für den Ansatz der Wegepauschalen gelten die in Abs. 2) genannten Zonenangaben „Z 1“, „Z 2“ oder „Z 3“.

c) Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet

- für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. 7234 oder 7237 (Z 1);

- für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. 7235 oder 7238 (Z 2);

- für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. 7236 oder 7239 (Z 3);

- für Besuchsstellen jenseits eines Radius von 10 km, differenziert nach Besuchszeiten, nach den Nrn. 7160 oder 7161 für Besuche zur Durchführung konsiliarischer Tätigkeit oder für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen.

d) Die Bereiche für die Wegepauschalen sind ausgehend vom Praxissitz als Zentrum vom Vertragsarzt selbst zu bestimmen.

e) Bei Besuchen im organisierten Notfalldienst, die von einer für den Notfalldienst geschaffenen zentralen Einrichtung aus durchgeführt werden, ist anstelle des Praxissitzes der Ort dieser Einrichtung das Zentrum der durch Entfernungskreise festgelegten Wegebereiche. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Kassenärztlichen

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Vereinigungen und den VdAK-Ortsausschüssen bleiben hiervon unberührt.

- f) Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 7234 bis 7239, 7160 und 7161 berechnungsfähig, unabhängig davon, 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 bzw. jenseits des Radius von 10 km.
- g) Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
- h) Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
- 2) Folgende Wegepauschalen werden gezahlt:
- |            |  |          |
|------------|--|----------|
| Z 1 = 7234 | Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr   | DM 6,20  |
| Z 2 = 7235 | Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr   | DM 12,40 |
| Z 3 = 7236 | Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr   | DM 18,00 |
| Z 1 = 7237 | Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  | DM 12,40 |
| Z 2 = 7238 | Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  | DM 19,15 |
| Z 3 = 7239 | Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  | DM 25,90 |
| 7160       | Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr  | DM 21,00 |
| 7161       | Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr | DM 29,00 |
| 7180       | Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlos-  |          |

sener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen

- |      |   |                     |
|------|---|---------------------|
| 7181 | Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 7180 | DM 10,00<br>DM 5,00 |
|------|---|---------------------|
- Die Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 können nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann. Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Vertragsarzt im Einzelfall delegiert worden sind. Diese Leistungen sind neben den Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 berechnungsfähig.

### Ausnahmeregelung

Da die Auswirkungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand im Falle offenkundiger Fehlberechnungen beauftragt, ggf. angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen im Einzelfall oder auf der Ebene der Arztgruppe zu verhindern oder abzuschwächen, soweit es sich nicht um von Ärzten zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung hierüber. Der Vorstand wird die Konsultationsfrequenz (GO-Nr. 2 EBM) der einzelnen Fachgruppe beobachten und im Falle gravierender Veränderungen der VV Vorschläge für eine Anpassung der Fachgruppentöpfe unterbreiten.

### § 12 Inkrafttreten

**Die EBM-bedingten Änderungen in § 2 Absatz 2 b), § 6 Absatz 4, Anmerkung \*\*) und § 8 sowie die redaktionellen Ergänzungen/ Änderungen in den §§ 6 Absatz 3 d) und 9 Absatz 4 treten zum 01.07.99 in Kraft.**

**Die Klarstellungen in § 2 Absatz 3 Punkt 4, § 6 Absatz 4 b) sowie zu § 7 Absatz 5 und § 7a Absatz 7 c) treten zum 01.07.99 in Kraft. Die Aufnahme des § 6 Absatz 3 n) tritt zum 01.10.99 in Kraft.**

**Die Regelung des § 7 b) tritt zum 01.07.99 in Kraft. Die übrigen Änderungen treten zum 01.01.2000 in Kraft.**

*Ausgefertigt, Düsseldorf, den 02.12.1999  
Dr. Winkler  
Vorsitzender der Vertreterversammlung*