

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

**Beschlüsse
der Vertreterversammlung
vom 21.05.1997 zur Änderung
des Honorarverteilungsmaßstabes
der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein**

zu § 2 HVM:

In § 2 Abs. 2 wird der zweite Satz geändert und erhält folgende Fassung:

„Ärztliche Leistungen, die vom einzelnen Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen von ihm nicht angeboten werden.“

In § 2 Absatz 2 werden folgender Unterabsätze eingefügt.

„Wenn die zum 1.7.1997 vorgesehenen Praxisbudgets nicht zur Anwendung kommen, gelten die Teilbudgets des EBM (Stand 1. Juli 1996) fort.

„Das Teilbudget „Kardiologie, Pneumologie, Röntgen-Diagnostik Innere Organe“ nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. des EBM mit Wirkung ab dem 01. Januar 1997 für Leistungen des Abschnittes F I. nach den Nrn. 601 bis 625, 5051 bis 5056 sowie für Leistungen des Abschnittes F III. mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 725 bis 728 gilt für Internisten

der Untergruppe 6 (Kardiologie) bis zur Ablösung durch Regelleistungsvolumina über den 30.06.1997 fort.“

zu § 6 HVM:

Der § 6 Abs. 3 e) HVM erhält folgende Fassung:

„Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gemäß § 6 Abs. 4 a) zu berücksichtigen sind.“

Der § 6 Abs. 3 f) HVM erhält folgende Fassung:

„Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für eventuelle Erstattungsforderungen, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gemäß § 6 Abs. 4 a) zu berücksichtigen sind.“

§ 6 Abs. 4 a) HVM erhält folgende Fassung:

„Der nach Abzug der Vorwegzahlungen gemäß Absatz 3 für Primär- bzw. Ersatzkassen verbleibende Gesamtvergütungsbetrag wird nach dem unten aufgeführten Schlüssel für Polikliniken, Institute, Krankenhäuser und die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und wird zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten, nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes berechtigten Honoraranforderung auf folgende Bereiche („Honorartöpfe“) verteilt:

davon für

Arztgruppen:

| | | Praxisbudgets („grüne Leistungen“) | Zusatzbudgets („gelbe Leistungen“) | freie Leistungen („rote Leistungen“) |
|---------------------------------|-------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Anaesthesisten | 1,0386 % | 40,61 % | 1,82 % | 57,57 % |
| Augenärzte | 4,6327 % | 85,33 % | 3,90 % | 10,77 % |
| Chirurgen | 3,7500 % | 52,54 % | 22,01 % | 25,45 % |
| Gynäkologen | 9,8062 % | 54,35 % | 8,49 % | 37,16 % |
| HNO-Ärzte | 4,5382 % | 75,78 % | 13,79 % | 10,43 % |
| Hautärzte | 3,1500 % | 80,82 % | 6,05 % | 13,13 % |
| hausärztlich tätige Internisten | 13,8982 % | 69,37 % | 14,04 % | 16,59 % |
| fachärztlich tätige Internisten | 3,0159 % | -- | -- | -- |
| davon Untergruppe 6 | 1,2730 % *) | -- | -- | -- |
| Untergruppe 7 | 0,3110 % | -- | -- | -- |
| Untergruppe 8 | 0,1583 % | -- | -- | -- |
| hausärztlich tätige Kinderärzte | 4,9156 % | 74,30 % | 4,04 % | 21,66 % |
| fachärztlich tätige Kinderärzte | 0,1299 % | -- | -- | -- |
| Laborärzte | 2,7295 % | -- | -- | -- |
| Lungenärzte | 1,1050 % | -- | -- | -- |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen | 0,3576 % | -- | -- | -- |
| Nervenärzte | 4,0752 % | 66,56 % | 17,71 % | 15,73 % |
| Neurochirurgen | 0,0385 % | -- | -- | -- |
| Orthopäden | 7,0796 % | 68,22 % | 26,17 % | 5,61 % |
| Pathologen | 0,5356 % | -- | -- | -- |
| Psychotherapeuten | 0,4320 % | -- | -- | -- |
| Radiologen | 6,1300 % | -- | -- | -- |
| Urologen | 2,6314 % | 56,16 % | 12,00 % | 31,84 % |
| Nuklearmediziner | 0,4407 % | -- | -- | -- |
| n. ä. Verhaltenstherapeuten | 0,5731 % | -- | -- | -- |

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

| | | | | |
|--|-----------|---------|---------|---------|
| n. ä. Psychotherapeuten | 0,2753 % | -- | -- | -- |
| Psychagogen | 0,1006 % | -- | -- | -- |
| nur für Früherkennung ermächtigte Ärzte | 0,0078 % | -- | -- | -- |
| Institute/Krankenhäuser | 0,9825 % | -- | -- | -- |
| Polikliniken | 0,3522 % | -- | -- | -- |
| Notfallärzte | 0,0201 % | -- | -- | -- |
| hausärztlich tätige Allgemeinärzte | 23,1791 % | 77,99 % | 7,76 % | 14,25 % |
| fachärztlich tätige Allgemeinärzte | 0,0791 % | 4,65 % | 38,57 % | 56,78 % |

*) davon invasive Leistungen **) 0,1088 %
nicht invasive Leistungen 1,1642 %

**) invasive Leistungen sind Leistungen nach den Nrn. 640, 641, 642, 645, 5120, 5121, 5122, 5125, 5130, 5131, 6003, 6011, 6012, 6013, 6014, 6016

Der § 6 Abs. 4 a) HVM, vierter Unterabsatz (Polikliniken), erhält folgende Fassung:

„Sobald über die Zulassungsausschüsse eine rechtswirksame Fallzahlfestschreibung erfolgt ist, ist die sich aus den mit den Krankenkassen (verbänden) jeweils geschlossenen Vereinbarungen ergebende Vergütung für die einzelne Poliklinik als Vorwegzahlung gem. § 6 Absatz 3 HVM zu berücksichtigen.“

Der § 6 Abs. 4 a) HVM fünfter Unterabsatz erhält folgende Fassung:

Die Höhe der fachgruppenspezifischen Budgets (Honorartöpfe) wird in regelmäßigen Abständen mindestens einmal jährlich durch die Vertreterversammlung überprüft und gegebenenfalls angepaßt werden.

In § 6 Abs. 4 a) HVM wird der letzte Unterabsatz ersatzlos gestrichen.

§ 6 Absatz 4 e) HVM (ea bis ec) wird ersatzlos gestrichen.

§ 6 Absatz 10 HVM wird mit folgendem Wortlaut neu eingefügt:

„Erstattungsbeträge an den Arzt, die z.B. aus Kürzungsrücknahmen resultieren, errechnen sich unter Anwendung der arztindividuellen Punktwerte nach Primär- und Ersatzkassen.“

zu § 7 HVM:

Der § 7 HVM (Regelung zur Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung der Kassenpraxis) erhält folgende Fassung:

In Erfüllung der Vorschrift des § 85 Absatz 4 SGB V wird der Fallzahlzuwachs und die nach Prüfung anerkannte Gesamtpunktzahl - ohne die Nummern 80 bis 87, 90, 111, 113, 184, 188 und der Nrn. 7019 bis 7071 EBM - wegen übermäßiger Ausdehnung der Vertragsarztpraxis einer Kürzung unterworfen, wenn die in Absatz 1) beschriebene Fallzahlzuwachsbeschränkung und/oder die

in Absatz 2) aufgeführten Grenzwerte überschritten werden.

1) Der zulässige Fallzahlzuwachs eines Arztes beträgt (im Vergleich zum Vorjahresquartal) für einen Arzt mit mehr als 110 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal 5 %.

Für einen Arzt mit mehr als 100 % und bis zu 110 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal ermittelt sich der Fallzahlzuwachs in % aus der Formel

$$60 - \frac{1}{2} \times \frac{\text{Behandlungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal} \times 100}{\text{durchschnittliche Behandlungsfallzahl der Fachgruppe}}$$

Einem Arzt mit weniger als 100 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal wird ein Fallzahlzuwachs bis zur durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe zugestanden.

Abrechnungsscheine für Fälle im ärztlichen Notfalldienst (nicht Vertreterfälle) werden weder bei der Fallzahlberechnung noch bei der Berechnung des Fallzahlzuwachses berücksichtigt.

Überschreitet ein Arzt den für ihn geltenden Fallzahlzuwachs, wird die Zahl der Fälle, die die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe und den zulässigen Fallzahlzuwachs überschreiten, unterteilt in Primär- und Ersatzkassen, mit dem durchschnittlichen Fallwert des Arztes in Punkten multipliziert.

Der so ermittelte Betrag wird mit den arztindividuellen Punktwerten multipliziert und das nach Durchführung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen und etwaiger Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannte Honorar um diesen Betrag gemindert.

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

1a) Neu niedergelassene Ärzte werden für den Zeitraum von 20 Quartalen ab Datum der Niederlassung von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen.

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

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <p>Das Quartal der Niederlassung wird hierbei mitgezählt. Überschreitet der Arzt in dem der Berechnung zugrundeliegenden Vorjahresquartal die durchschnittliche Fallzahl seiner Fachgruppe vor Ablauf von 20 Quartalen, so beträgt sein zulässiges Fallzahlwachstum bis zum Ablauf dieses Zeitraumes 10 %. Nach Ablauf dieses Zeitraumes von 20 Quartalen gilt die Regelung gemäß Absatz 1.</p> | | | <p>Arztgruppe: Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte (KH)</p> | <p>Untergruppe</p> | <p>Punktzahlen- grenzwert (1,6-fach)</p> |
| <p>1b) Der Vorstand der KV Nordrhein erläßt Durchführungsbestimmungen. Von der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Absatz 1 sind Ärzte für Pathologie ausgenommen.</p> | | | <p>Internisten</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 UG 7 UG 8 UG 9 KH UG A</p> | <p>2.030.409 2.192.124 2.045.352 2.381.257 2.098.820 2.796.814 2.188.451 2.410.036 978.885 2.267.908</p> |
| <p>2) Unabhängig von Kürzungsmaßnahmen gem. Absatz 1) wird die Vertragsarztpraxis einer Kürzung bei Überschreitung der nachfolgend aufgeführten Punktzahlengrenzwerte unterworfen:</p> | | | | | |
| <p>Arztgruppe: Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte (KH)</p> | <p>Untergruppe</p> | <p>Punktzahlen- grenzwert (1,6-fach)</p> | <p>Kinderärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 KH</p> | <p>2.071.233 2.030.409 724.932</p> |
| <p>Anästhesisten</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 KH</p> | <p>2.030.409 2.030.409 710.643</p> | <p>Lungenärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 KH</p> | <p>2.755.730 3.031.343 3.278.961 3.923.380 1.373.183</p> |
| <p>Augenärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 KH</p> | <p>3.042.040 2.030.409 3.517.989 2.030.409 2.209.370 1.231.296</p> | <p>M-K-G - Chirurgen</p> | <p>UG 1 UG 2 KH</p> | <p>2.030.409 710.643</p> |
| <p>Chirurgen</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 KH</p> | <p>2.523.645 2.731.367 2.138.227 2.030.409 955.978</p> | <p>Nervenärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 KH UG 7 KH UG 8 KH</p> | <p>2.155.295 2.352.478 2.030.409 2.030.409 2.030.409 823.367 823.367 823.367</p> |
| <p>Gynäkologen</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 KH UG 5</p> | <p>4.498.564 2.159.035 2.030.409 1.574.497 2.896.003</p> | <p>Neurochirurgen</p> | <p>UG 1 UG 2 KH</p> | <p>2.030.409 710.643</p> |
| <p>HNO-Ärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 UG 7 KH</p> | <p>2.030.409 2.159.021 2.650.631 2.030.409 2.056.243 2.203.317 927.721</p> | <p>Orthopäden</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 KH</p> | <p>2.884.343 3.388.913 1.186.120</p> |
| <p>Hautärzte</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 KH</p> | <p>3.512.825 2.030.409 2.030.409 1.229.489</p> | <p>Pathologen</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 KH</p> | <p>2.030.409 3.453.350 1.208.672</p> |
| | | | <p>ärztliche Psychotherapeuten</p> | <p>UG 1</p> | <p>2.030.409</p> |
| | | | <p>Radiologen</p> | <p>UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 KH</p> | <p>2.030.409 4.392.484 2.030.409 4.208.631 1.537.369</p> |

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

| Arztgruppe: Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte (KH) | Untergruppe | Punktzahlen- grenzwert (1,6-fach) |
|---|-------------|---|
| Urologen | UG 1 | 2.030.409 |
| | UG 2 | 2.030.409 |
| | UG 3 KH | 861.883 |
| | UG 4 | 2.462.524 |
| Nuklearmediziner | UG 1 | 5.667.454 |
| Allgemein- mediziner/ Prakt. Ärzte/Ärztin | UG 1 | 2.030.409 |
| | UG 2 | 2.030.409 |
| | UG 3 | 2.030.409 |
| | UG 4 | 2.038.020 |
| | UG 5 | 2.231.260 |
| | UG 6 | 2.277.906 |
| | UG 7 | 2.643.555 |
| | UG 8 | 2.030.409 |
| | UG 9 | 2.164.047 |

zu § 9 HVM:

Der § 9 Absatz 4 HVM erhält folgende Fassung:

„Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten), LDL-Apherese (Sachkosten) sowie für Leistungen, für die Kosten vereinbart sind (z. B. Kataraktoperationen), werden in der mit den Krankenkassen vereinbarten jeweiligen Kostenhöhe erstattet.“

zu § 12 HVM:

Der § 12 HVM erhält folgende Fassung:

„Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt in der vorstehenden Fassung zum 1. Juli 1997 in Kraft.“

Zur Untergruppeneinteilung als Anlage zum HVM:

In der Untergruppeneinteilung zu § 7 Abs. 2 HVM entfällt der Hinweis auf den Geltungsbereich der Untergruppe 0 ersatzlos.

§ 7 Absatz 2 a) Satz 1 HVM erhält folgende Fassung:

„Wenn die nach Durchführung der Maßnahmen gemäß § 7 Abs. 1 vorstehend genannten Punktzahlengrenzwerte überschritten werden, errechnet sich der Kürzungsbetrag durch Multiplikation der Überschreitungspunktzahl mit den getrennt für Primär- und Ersatzkassen ermittelten arztindividuellen Punktwerten aus seiner gesamten ambulanten Honorarabrechnung.“

§ 7 Absatz 2 c) HVM wird mit folgendem Wortlaut neu eingefügt:

„Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Abs. 4 a genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt.“

§ 7 Absatz 3 b) HVM (Regelung angestellter Arzt) wird ersatzlos gestrichen.

zu § 8 HVM:

Der Katalog nach § 8 Absatz 3 c) HVM erhält folgende Fassung:

„...die Leistungen nach den Nrn.

100, 101, 102, 105, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 389, 566, 601, 603, 604, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 635, 636, 640, 641, 642, 651, 652, 653, 654, 656, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 721, 723, 725, 728, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 5222

mit 60% der Vergütungssätze“