

Honorarverteilungsmaßstab

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der von der Vertreterversammlung am **25. November 1995** beschlossenen Fassung. (Anhang: Die für den § 7 HVM maßgebliche Untergruppeneinteilung).

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V wird für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein folgender Honorarverteilungsmaßstab aufgestellt:

§ 1

Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütung aller Primär-Krankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft sowie der Ersatzkassen, ohne Rücksicht darauf, ob diese nach einem Pauschale oder nach Einzelleistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle, Anteile überbezirklicher Krankenkassen).

§ 2

Leistungsbewertung

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (kurative Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Gesundheitsuntersuchungen, "Sonstige Hilfen" sowie Maßnahmen zur Rehabilitation, die mit der Gesamtvergütung abgegolten werden (§ 85 Abs. 1 SGB V).
- 2) Die ärztlichen Leistungen werden, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts anderes bestimmt ist, nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in der jeweils gültigen Fassung bewertet (BMÄ bzw. **EGO**, im folgenden EBM genannt).
- 3) 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
- g) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heilverfahrens oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Primär-Krankenkassen, 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

- 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. 1b, 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. Anaesthetik/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes, kann dafür eine Besuchsgebühr nicht berechnet werden. Eine Besuchsgebühr ist jedoch dann berechnungsfähig, 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 Behandlungszeitraumes 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 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.

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.

Soweit mittels EDV abrechnende Ärzte unmittelbar in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine in der Arztpraxis über

einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen. Soweit mittels EDV abrechnende Ärzte (auch ermächtigte Krankenhausärzte, Krankenhäuser und andere ermächtigte Institutionen wie Polikliniken) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine quartalsweise zusammen mit den übrigen Abrechnungsunterlagen der zuständigen KV-Bezirksstelle zu übermitteln.

- 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 ("Zielauftrag"), 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.
 - 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.
- 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.

- 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:

a) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.

b) Von dem anerkannten Honoraranspruch 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-Ä 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** Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abrechne, **versichere** ich, daß die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.“

- 10) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der gemäß § 31a, 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** Kassenärztlichen 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 „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V“ vom 13.06.1994 erfüllt wurden.“

- 12) 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 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 Abrechnungsunterlagen 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 Primär-Krankenkassen 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 getrennt nach Primär- und Ersatzkassen.
- 3) Aus dem gemäß Abs. 1 zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag sind vorweg zu berücksichtigen:
- a) Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle, wobei der Teil der Gesamtvergütung, der auf die von Fremdarzten erbrachten Leistungen entfällt, in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um die Zuwachsrate nach § 85 Abs. 3 a) Satz 1 in Verbindung mit § 270 a) SGB V erhöht wird. Grundlage der Berechnung ist das entsprechende Leistungsquartal des Jahres 1991.
 - b) Erstattung von Kosten nach § 9
 - c) Wegegelder und Wegepauschalen nach den §§ 10 und 11
 - d) Kostenerstattung für Dialysebehandlung an niedergelassene Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Institute entsprechend den mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen
 - e) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben
 - f) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen
 - g) Zahlungen an Krankenkassen für den Ausgleich einer Überschreitung des Arznei- und/oder Heilmittelbudgets.
- 4) a) Der nach Abzug der Vorwegzahlungen gemäß Absatz 3 verbleibende Gesamtvergütungsbetrag wird zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten und nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes berechtigten Honoraranforderungen auf folgende Bereiche ("Honorartöpfe") verteilt:

- Polikliniken,
- Laborleistungen (**Kapitel O EBM**)
- Präventions-/Impfleistungen,
- übrige Leistungen.

Grundlage der Aufteilung ist die gesamtvertragliche Regelung hinsichtlich der Polikliniken sowie die Verteilung der Gesamtvergütung auf die jeweiligen Leistungen im entsprechenden Vorjahresquartal.

Ergibt die Verteilung für die vorgenannten Bereiche mit Ausnahme der Polikliniken, unter Zusammenfassung von Primär- und Ersatzkassenabrechnung, daß der auf Hausärzte nach ihrer Leistungsanforderung entfallende Honoraranteil den prozentualen Anteil der Hausärzte an der Gesamtzahl aller niedergelassenen Ärzte um 14 % oder mehr unterschreitet, wird eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung im Sinne des § 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V vorgenommen, indem der auf Hausärzte entfallende Anteil an der Vergütung durch niedergelassene Ärzte durch weitere Verteilung aus dem Bereich übrige Leistungen auf die hausärztliche Vergütung nach Maßgabe der zu berücksichtigenden Fallzahl erhöht wird, bis der Vergütungsanteil der Hausärzte dem um 14 % reduzierten Anteil der Hausärzte an der Gesamtzahl aller niedergelassenen Ärzte entspricht.

- b) Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl für Laborleistungen werden über die bisherige Regelung im EBM hinaus jene Leistungen nach Abschnitt O I und die Zahl der Fälle unberücksichtigt gelassen, die bei nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus (Nr. 3849) erbracht werden.
- 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.**
- e) Der nach 4 a) ermittelte Punktwert für Laborleistungen wird ab 01.04.1994 hinsichtlich der Bewertung von O III-Leistungen um 0,1 Pfennig zu Lasten des Topfes "übrige Leistungen" angehoben.
- f) Für die Differenzierung nach Haus- und Fachärzten werden folgende Arztgruppen zugrunde gelegt:
 - fa) Hausärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind:
 - Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebiet bezeichnung, sowie
 - Internisten ohne Schwerpunkt,
 - Kinderärzte ohne Schwerpunkt,

die gegenüber dem Zulassungsausschuß erklärt haben, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.

- fb) Fachärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind alle nicht unter fa) genannten niedergelassenen Ärzte, nicht jedoch nichtärztliche Psychotherapeuten, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte.
- fc) Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gelten dann als Hausärzte im Sinne von fa), wenn sich der betreffende Arzt gegenüber dem Zulassungsausschuß als Hausarzt erklärt hat.
- 5) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausesärzten 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 anerkannten Beträge bzw. Punktzahlen
 - b) das nach § 7 festgestellte **Kürzungsvolumen**
 - c) der auf der Bewertungsgrundlage (§ 2) für den einzelnen Punkt errechnete Punktwert und die sich daraus ergebende Gutschrift
 - 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 Vier-

Amtliche Bekanntmachungen

teljahreshonorar 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 aufrechnungsfähig 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 (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

Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung der Kassenpraxis (§ 85 Abs. 4 SGB V)

- 1) In Erfüllung der Vorschrift des § 85 Absatz 4 SGB V wird die nach Prüfung anerkannte Gesamtpunktzahl - ohne Punkte **der hausärztlichen Grundvergütung** und der Nummern 80 bis **87 EBM** - wegen übermäßiger Ausdehnung der Vertragsarztpraxis **in zwei Schritten** einer Kürzung unterworfen, wenn die nachfolgend aufgeführten **Fallzahlengrenzwerte und/oder Punktzahlengrenzwerte** überschritten werden:

Arztgruppe	Untergruppe	Fallzahlen-grenzwert	Punktzahlen-grenzwert
Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte(KH)	UG 1	397	1.333.580
	UG 2	323	1.333.580
	UG 3 KH	109	466.753
Anaesthesisten	UG 1	1.892	2.731.807
	UG 2	2.262	1.446.757
	UG 3	2.237	1.920.073
	UG 4	2.039	1.333.580
	UG 5	2.486	1.692.363
	UG 6 KH	1.602	956.133

Chirurgen	UG 1	907	1.493.647
	UG 2	1.397	1.646.926
	UG 3	1.106	1.369.236
	UG 4	817	1.333.580
	UG 5 KH	960	576.425
Gynäkologen Zytologisch tätige Ärzte	UG 1	5.668	2.386.860
	UG 1a)	18.483	2.386.860
	UG 2	1.470	1.393.571
	UG 3	1.705	1.333.580
HNO-Ärzte	UG 4 KH	1.169	835.401
	UG 1	191	1.333.580
	UG 2	1.536	1.427.138
	UG 3	1.667	1.891.103
	UG 4	1.296	1.333.580
Hautärzte	UG 5	3.283	1.891.103
	UG 6	1.738	1.514.164
	UG 7 KH	802	661.886
	UG 1	2.304	2.089.069
	UG 2	2.243	1.504.388
	UG 3	2.147	1.333.580
Internisten	UG 4 KH	2.457	731.174
	UG 1	1.176	1.333.580
	UG 2	1.355	1.420.405
	UG 3	1.296	1.333.580
	UG 4	1.357	1.545.284
	UG 5	1.210	1.333.580
	UG 6	949	1.986.935
	UG 7	977	1.446.158
	UG 8	1.074	1.437.421
UG 9 KH	418	695.428	
Kinderärzte	UG 1	1.559	1.333.580
	UG 2	1.547	1.333.580
	UG 3 KH	727	466.753
Laborärzte	UG 1	13.791	2.197.101
	UG 2	9.161	6.667.899
	UG 3 KH	1.950	2.333.765
Lungenärzte	UG 1	1.052	1.825.971
	UG 2	999	1.901.683
	UG 3	1.202	1.901.683
	UG 4	1.618	1.901.683
	UG 5 KH	345	665.589
Mund-Kiefer- Gesichts- chirurgen	UG 1	683	1.762.679
	UG 2 KH	250	616.938
Nervenärzte	UG 1	965	1.333.580
	UG 2	1.032	1.488.840
	UG 3	534	1.333.580
	UG 4	312	1.333.580
	UG 5	1.515	1.925.435
	UG 9	443	1.333.580

	UG 6 KH	79	673.903
	UG 7 KH	181	673.903
	UG 8 KH	228	673.903
Neurochirurgen	UG 1	582	1.333.580
	UG 2 KH	624	466.753
Orthopäden	UG 1	1.606	2.008.924
	UG 2	1.417	2.176.777
	UG 3 KH	803	761.873
Pathologen	UG 1	5.383	1.480.871
	UG 2	3.796	1.333.580
	UG 3 KH	2.840	518.305
ärztliche Psychotherapeuten	UG 1	64	1.333.580
Radiologen	UG 1	1.656	1.333.580
	UG 2	1.877	3.315.557
	UG 3	2.100	2.917.901
	UG 4	1.592	4.305.280
	UG 5 KH	1.166	1.506.848
Urologen	UG 1	873	1.497.875
	UG 2	1.182	1.585.562
	UG 3	970	1.553.660
	UG 4KH	546	554.947
Nuklearmediziner	UG 1	1.652	4.501.522
Allgemeinmediziner/ Prakt. Ärzte/ Ärzte	UG 1	1.264	1.333.580
	UG 2	1.282	1.333.580
	UG 3	1.279	1.333.580
	UG 4	1.372	1.333.580
	UG 5	1.427	1.353.453
	UG 6	1.364	1.333.580
	UG 7	1.449	1.503.995
	UG 8	829	1.333.580

- 2) **Die fallzahlabhängige Kürzung der Honoraranforderung wird einer evtl. Kürzung wegen Überschreitung der Punktzahlengrenzwerte vorgeschaltet. Notfälle und Urlaubs- und Krankheitsvertretungsfälle (Muster 19) werden nicht berücksichtigt.**

Der Prozentsatz, um den die Gesamtpunktzahlanforderung des Arztes bei Überschreitung des Fallzahlengrenzwertes gekürzt wird, beträgt 1/5 des Prozentsatzes, um die er mit seiner Fallzahl den Fallzahlengrenzwert der Fachuntergruppe überschreitet, jedoch nicht mehr als 50 % der Gesamtpunktzahlanforderung. Eine fallzahlbezogene Kürzung unter den Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe /Untergruppe wird nicht vorgenommen.

Überschreitet das Gesamtpunktzahlenvolumen des Arztes den Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe bzw. Fachun-

tergruppe, so wird eine Kürzung vorgenommen. Der Prozentsatz, um den die Gesamtpunktzahlanforderung des Arztes bei Überschreitung des Punktzahlengrenzwertes gekürzt wird, beträgt 1/5 des Prozentsatzes, um die er mit seiner Gesamtpunktzahl den Punktzahlengrenzwert der Fachuntergruppe überschreitet, jedoch nicht mehr als 50 % der Gesamtpunktzahlanforderung.

Die prozentuale Kürzung des Gesamtpunktzahlenvolumens erfolgt getrennt bei der Primär- und Ersatzkassenpunktzahlanforderung aufgeteilt auf die Bereiche gemäß § 6 Absatz 4.

- 3) Für die Gemeinschaftspraxen gilt Abs. 1) mit der Maßgabe, daß die Fallzahlen- und Punktzahlengrenzwerte mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zu multiplizieren ist.
- 4) Bei Ärzten, die mit mehreren Gebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind oder bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, werden aus den Grenzwerten (Abs. 1) der betreffenden Gebiete mittlere **Fallzahlen- und** Punktzahlengrenzwerte gebildet. **Bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen wird zunächst die sich aus der Zuordnung in die entsprechende Arztgruppe EDV-mäßig ermittelte Untergruppe festgestellt. Für die weitere gebietsübergreifende Arztgruppe wird der durchschnittliche Untergruppengrenzwert (arithmetisch ermittelt aus den jeweiligen Untergruppen der betreffenden Arztgruppe) festgestellt.** Bei Ärzten, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von nuklearmedizinischen Leistungen haben und diese Leistungen in erheblichem Umfang erbringen, können die **Fallzahlen- und** Punktzahlengrenzwerte - errechnet nach den in Satz 1 genannten Bedingungen - erhöht werden. Die Sätze 1 und 2 sind entsprechend auch für ermächtigte Krankenhausärzte anzuwenden.
- 5) Die Abs. 1) bis 2) gelten nicht für ermächtigte Institute sowie für belegärztliche Behandlung.
- 6) **Nach Anfechtung eines Kürzungsbescheides kann der Vorstand für das betreffende Quartal und pflichtgemäßen Ermessen auch für folgende Quartale einen individuellen Punktzahlengrenzwert festsetzen, wenn eine spätere Aufhebung des Bescheides wahrscheinlich erscheint. Voraussetzung ist, daß besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen, insbesondere, daß der Anteil der Punktzahlen für notwendige gruppenuntypische Leistungen im konkreten Fall zur Überschreitung der Grenzwerte nach Absatz 1 geführt hat. Hinsichtlich der Voraussetzungen und ggfs. der Höhe eines festzusetzenden Punktzahlengrenzwertes hat der Vorstand einen Beurteilungsspielraum.**

§ 8

Belegärztliche Tätigkeit

Die gemäß § 121 Abs. 3 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung einbezogene stationäre Behandlung durch hierzu

berechtigte Belegärzte wird nach folgenden Bestimmungen bewertet:

- 1) Für die Visiten während der stationären Behandlung sind die Nrn. **28 und 29** EBM in Ansatz zu bringen.

Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Bei dringend angeforderten Einzelvisiten nach **der Nr. 29 bzw. bei einer Leistungserbringung nach der Nr. 5 EBM** kann zusätzlich ein Wegepauschale bzw. Wegegeld gemäß § 10 berechnet werden.

Einzelvisiten nach den Nrn. **28 und 29** EBM können auch ohne Anforderung berechnet werden, wenn sie wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich waren.

- 2) Ferner werden vergütet:

a) die Leistungen der Kapitel "D" und "S" EBM, die Leistungen nach den Nrn. 74 und 75 EBM sowie Pauschalersatzungen des Kapitels "U" EBM mit 100% der Vergütungssätze,

b) die Leistungen, die in den Kapiteln "B", "C", im Abschnitt "E" VI und in den Kapiteln "F" bis "N" EBM, die mit 120 Punkten und mehr bewertet werden, mit der vollen Punktzahl, mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen,

c) die Leistungen nach den Nrn.

101, 102, 105, 106, 107, 108, 118, 178, 191, 378, 379, 394, 398, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 625, 630, 631, 635, 636, 640, 641, 642, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 660, 661, 665, 666, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 698, 700, 707, 710, 715, 718, 720, 721, 722, 723, 725, 726, 728, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 815, 816, 817, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1588, 1745, 1746 1850, 2173 mit 60 % der Punktzahl,

d) die Leistungen der Kapitel „O“ und „P“ EBM sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM, die mit mindestens 120 Punkten bewertet werden, mit 60 % der Punktzahl; die Leistungen des Kapitels "O" sowie die entsprechenden Leistungen nach den Abschnitten B IX und B X EBM sind nur berechnungsfähig, wenn sie in einem reinen Belegkrankenhaus erbracht werden und die Voraussetzungen der Laborrichtlinien erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

e) die Leistungen des Kapitels "Q" EBM mit Ausnahme der Nrn. **5210** bis 5221 EBM mit 60 % der Punktzahl,

f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 und nach den Nrn. **5520** bis **5521** EBM mit 20 % der Punktzahl,

g) die Leistungen des Kapitels "T" EBM mit 33 1/3 % der Punktzahl,

h) die Assistentengebühren nach **der Nr. 46** EBM, sofern der Belegarzt nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.

- 3) Die reduzierten Bewertungssätze nach 2) gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder des Belegarztes benutzt werden.

- 4) Die Leistungen nach der Nr. 51 EBM bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen können nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die KV Nordrhein erteilt wurde. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht abrechnungsfähig.

- 5) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten und wenn dieser zugezogene Vertragsarzt selbst nicht regelmäßig an einem Krankenhaus tätig ist.

Zugezogene Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt mit der Krankenversicherungskarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6) ab.

Die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie sonstiger Materialien für die stationäre Behandlung ist nicht zulässig.

Desweiteren kann der hinzugezogene Vertragsarzt bzw. ermächtigte Arzt berechnen:

- a) für das Aufsuchen des Krankenhauses
- bei Tage die Nr. 50 EBM je Fall sowie insgesamt einmal das Wegepauschale bzw. Wegegeld gemäß § 10 bzw. § 11

- bei Nacht bzw. an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember Einzelvisiten nach der Nr. **29** EBM **bzw. die Leistung nach Nr. 5 EBM** sowie je Fall die Wegepauschale bzw. das Wegegeld gemäß § 10 bzw. § 11

- b) bei Durchführung von Narkosen/Anaesthesien die Leistungen nach den Nrn. **60, 181, 182, 185, 189, 192, 193** und **199** EBM sowie nach den Kapiteln „C“ und „D“ EBM.

Die vom zugezogenen Vertragsarzt bzw. ermächtigen Arzt ausgeführten Leistungen, werden von diesem abgerechnet. Sowohl der zuziehende als auch der zugezogene Arzt haben den anderen Arzt namentlich auf dem Behandlungsausweis zu vermerken. Außerdem ist der Fall als stationäre Behandlung auf dem Abrechnungsblatt kenntlich zu machen.

- 6) Die Leistungen eines anderen, an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. eines niedergelassenen Nichtvertragsarztes, der zur Mitbehandlung, zum Konsilium, zur Assistenz oder Narkose hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Ziffern 1) bis 3) vergütet.

Die vom zugezogenen Belegarzt erbrachten Leistungen werden von diesem selbst abgerechnet. Bei Hinzuziehung eines Nichtvertragsarztes hat der zuziehende Belegarzt den zugezogenen Nichtvertragsarzt auf dem Abrechnungsblatt namentlich zu vermerken und dessen Leistungen gesondert auszuweisen.

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

Für die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes kann die Nr. 7200 in Ansatz gebracht werden, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit nachweislich Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

- b) Der vom Belegarzt selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung.

Jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt fällt ebenfalls nicht unter die vorstehende Regelung.

- c) Der Ansatz der Nr. 7200 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gemäß Buchst. a) pro Patient und Pfl egetag wird mit 60 Punkten (Primärkassen) bzw. 6,- DM (Ersatzkassen) bewertet.

§ 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" - Pauschalersatzungen - 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 einzutragen.

- 3) 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 einzutragen.

- 4) Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten) werden in der mit den Krankenkassen vereinbarten jeweiligen Kostenhöhe erstattet.

- 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 Primär-Krankenkassen 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.

- 2) Anstelle des Wegepauschales gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz 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 Arztsitz 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. **25, 26, 28, 29, 50 oder 150** EBM
DM 2,90
- b) bei Besuchen/Visiten **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 Anaesthetik 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.

§ 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. Die 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** (Z2);
- 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 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 abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf **zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen**
DM 10,00

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 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.

§ 12 Inkrafttreten

Die Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten am **01.01.1996** in Kraft.

Ausgefertigt: Düsseldorf, 28.11.1995

Dr. Dieterich
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Anhang: Die für den § 7 HVM maßgebliche Untergruppeneinteilung

Arztgruppe
UG-Definition Arztuntergruppe (UG)

01 = Anästhesisten

1 = Vertragsärzte (VÄ), die überwiegend* (> 50%) Narkoseleistungen nach den Zuschlagsnummern 90,186 und/oder 194 EBM erbringen

* = **Summe der Abrechnungshäufigkeiten der Zuschläge nach den Nrn. 90,186 und/oder 194 EBM x 100 : Summe der Fallzahl kurativ + SoHi > 50**

2 = VÄ die nicht der UG 1 zugeordnet werden können

3 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

04 = Augenärzte

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle, sofern nicht UG 3

2 = VÄ mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM, sofern nicht UG 3

3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle und mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM

4 = übrige VÄ, die nicht den UG 1, 2, 3 oder 5 zugeordnet werden können

5 = Belegärzte

6 = Bet./erm. Krankenhausärzte

07 = Chirurgen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 80 ff. EBM mit mehr als 15 Leistungsansätzen je 100 kurative Fälle, sofern nicht UG 2 oder 6

2 = VÄ, die überwiegend proktologisch tätig sind, d.h. VÄ, die die Leistungen nach den Nrn. 370 bis 374, 2740, 2741, 2742, 2745, 2746, 2750 und/oder 2751 EBM in einer Häufigkeit von mehr als 50 auf je 100 Behandlungsfälle erbringen, sofern nicht UG 3 oder 6

3 = übrige VÄ, die nicht den UG 1, 2, 4 oder 6 zugeordnet werden können

4 = Belegärzte, sofern nicht UG 6

5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

6 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistung nach Nr. 8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

10 = Gynäkologen

1 = VÄ, die mehr als 40% der kurativen, SoHi- und Früherkennungsfälle als Zuweisungsfälle abrechnen und/oder deren Summe des Leistungsbedarfs (in Punkten) der Kapitel O III + P + Q EBM mehr als 40% der kurativ angeforderten Punktzahl überschreitet, sofern nicht UG 5

1a = zytologisch tätige Ärzte

2 = VÄ, deren angeforderte Summe (Pz) an Zuschlägen für amb. Operationen nach den Nrn. 80 ff., 111, 113, 188, und/oder 198 EBM mehr als 5% des Leistungsbedarfs gesamt beträgt, sofern nicht UG 1 oder 5

3 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 4 oder UG 5

4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

5 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistung nach Nr. 8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

13 = HNO-Ärzte

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM, sofern nicht UG 3, 5 oder 6

2 = VÄ mit Sonographien nach Nr. 1441 EBM und/oder Röntgenleistungen, sofern nicht UG 3, 5 oder 6

3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM in einer Häufigkeit von mehr als 2 je 100 Behandlungsfälle sowie Sonographien nach Nr. 1441 EBM und/oder Röntgenleistungen

4 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 3, 5 oder 6

5 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

6 = Belegärzte

7 = Bet./erm. Krankenhausärzte

16 = Dermatologen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 81 ff. EBM in einer Häufigkeit von mehr als 3 je 100 Behandlungsfälle, sofern nicht UG 2

2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

3 = übrige VÄ, soweit nicht UG 1 oder 2

4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

19 = Internisten

1 = VÄ, die keiner der nachfolgenden Gruppen zuzuordnen sind

2 = VÄ mit Röntgenleistungen, Sonographien (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741, 755 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nr. 691 ff. EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)

3 = VÄ ohne Röntgenleistungen, jedoch mit Sonographien (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741, 755 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nr. 691 ff. EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)

4 = VÄ mit Röntgenleistungen, Sonographien (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741, 755 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nr. 691 ff. EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)

- Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609)

- direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)

- echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)

5 = VÄ ohne Röntgenleistungen, jedoch mit Sonographien (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741, 755 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nr. 691 ff. EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)

- Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609)

- direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)

- echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)

6 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Kardiologie

7 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Gastroenterologie

8 = Internisten mit Zusatzbezeichnung Rheumatologie

9 = Bet./erm. Krankenhausärzte

Zusatz: Internisten (19) mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde siehe Fachgruppe 29 UG 2 oder 4

23 = Kinderärzte

1 = Vertragsärzte

2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

26 = Laborärzte

1 = VÄ, bei denen die Summe der Leistungen nach den Nrn. 155, 168, 4900 bis 4986 EBM je 100 Behandlungsfälle kurativ + SoHi + Früherkennung 50 übersteigt

2 = übrige Vertragsärzte

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

29 = Lungenärzte

1 = Lungenärzte

2 = Internisten mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

3 = Lungenärzte, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

4 = Internisten mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

35 = MKG-Chirurgen

1 = Vertragsärzte

2 = Bet./erm. Krankenhausärzte

38 = Nervenärzte

1 = Nervenärzte, Ärzte für Neurologie **und** Psychiatrie

2 = Ärzte für Neurologie

3 = Ärzte für Psychiatrie

4 = VÄ der FG 38 mit überwiegend* psychotherapeutischer Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM

*** = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen**

5 = VÄ der FG 38, die überwiegend* elektroneurophysiologische Leistungen nach den Nrn. 802 bis 806 (EEG) und/oder 809 bis 811 (EMG) EBM erbringen

*** = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen**

6 = Bet./erm. Krankenhausärzte mit überwiegend* psychotherapeutischer Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM

*** = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen**

7 = Bet./erm. Krankenhausärzte, die überwiegend* elektroneurophysiologische Leistungen nach den Nrn. 802 bis 806 (EEG) und/oder 809 bis 811 (EMG) EBM erbringen

*** = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs Sonderleistungen**

8 = übrige Krankenhausärzte, sofern nicht UG 6 oder UG 7

9 = **Kinder- und Jugendpsychiater**

41 = Neurochirurgen

1 = Vertragsärzte

2 = Bet./erm. Krankenhausärzte

44 = Orthopäden

1 = Vertragsärzte, sofern nicht UG 2

2 = Vertragsärzte und Belegärzte mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 85 ff.

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

47 = Pathologen

1 = VÄ, deren angeforderte Punktzahl für Leistungen aus Kapitel P I EBM mehr als 50% der angeforderten Punktzahl für Sonderleistungen beträgt

2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1

Amtliche Bekanntmachungen

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

5 = Abrechnung der Heimdialyse durch Ärzte in Dialysezentren

50 = Psychotherap.

1 = VÄ der FG 50, deren Leistungsbedarf nach den Nrn. 850 bis 897 EBM 50% des gesamten Lb übersteigt

75 = Notfallärzte

0

53 = Radiologen

1 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera oder DSA und ohne Strahlentherapie nach Kap. T III bis TV EBM

2 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA und/oder MRT, jedoch ohne Strahlentherapie nach Kap. T III bis TV EBM

3 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera oder DSA, jedoch mit Strahlentherapie nach Kap. T III bis TV EBM

4 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA und/oder MRT sowie mit Strahlentherapie nach Kap. T III bis TV EBM

5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

80-89 = Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte / Ärzte

1 = VÄ der FG 80-89, die keine der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

2 = VÄ der FG 80-89, die einen der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

3 = VÄ der FG 80-89, die zwei der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

4 = VÄ der FG 80-89, die drei der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

5 = VÄ der FG 80-89, die vier der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

6 = VÄ der FG 80-89, die fünf der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

7 = VÄ der FG 80-89, die sechs oder mehr der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8

8 = VÄ der FG 80-89, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

56 = Urologen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 80 ff. und/oder 184 EBM mit einer Häufigkeit von mehr als 7 auf je 100 Fälle kurativ + SoHi, sofern nicht UG 4

2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 3 oder UG 4

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

4 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach der Nr. 8651 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

A - Sonographische Untersuchungen (Nrn. 378, 379 und/oder 389 EBM) oder direktionale Ultraschall-doppler-Untersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)

B - Spirographische Untersuchungen (Nrn. 691 ff. EBM)

C - Endoskopische Leistungen (Nr. 741 ff. EBM) und/oder Rektoskopie (Nr. 755)

D - Belastungs-EKG (Nr. 604) und Langzeit-EKG nach den Nrn. 606 und 608/609

E - Schrittmacherkontrolle (Nr. 620 EBM) und/oder Echokardiographie (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)

F - Chirurgische Leistungen mit Op-Zuschlägen nach den Nrn. 80 ff. EBM

G - Röntgenleistungen

59 = Nuklearmediziner

1

69 = n.ä. Verhaltenstherapeuten

1

70 = n.ä. Psychotherapeuten

1

71 = Psychagogen

1

73 = für Früherkennung ermächtigte Ärzte

1

74 = Universitätspolikliniken, Krankenhäuser/Institute

0 = Abrechnung der in Krhs. behandelten Notfälle bei Anspruchsberechtigten der Primär- und Ersatzkassen

1 = Abrechnung von in Krhs. ausgeführten ärztlichen Sachleistungen zu Lasten der Primär- und Ersatzkassen

2 = Abrechnung der "Sonderkrankenhäuser", die nach EBM abrechnen

3 = Abrechnung der Zentrumsdialyse durch Dialysezentren

Untergruppe „0“ gilt für „nur Notfälle abrechnende Ärzte“ je Fachgruppe