

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

Änderung des ab 01.01.1996 geltenden Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärzt- lichen Vereinigung Nordrhein gemäß Beschluß der Vertreterversammlung vom 22. Juni 1996

§ 7 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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 **15%** der Gesamtpunktzahlanforderung. Eine fallzahlbezogene Kürzung unter den Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe/ Untergruppe wird nicht vorgenommen.

Überschreitet das Gesamtpunktzahlenvolumen des Arztes den Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe bzw. Fachuntergruppe, 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 **15%** der Gesamtpunktzahlanforderung.

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

Die Änderung des § 7 Absatz 2 HVM tritt rückwirkend zum 01.01.1996 in Kraft und verliert ihre Gültigkeit mit Inkrafttreten eines neuen Honorarverteilungsmaßstabes.

Ausgefertigt: Düsseldorf, den 24.06.1996

Gezeichnet: Dienstsiegel
Dr. Dieterich
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Mit den nachfolgend ausgewiesenen Änderungen des § 4 Abs. 3 e, § 6 Absätze 3 und 4, § 7, § 8, § 10 Abs. 5 und 6, § 12 tritt zum 01.07.1996 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein neuer Honorarverteilungsmaßstab in Kraft. (Anhang: Die für den § 7 HVM maßgebliche Untergruppeneinteilung). Der vollständige Wortlaut des neuen Honorarverteilungsmaßstabes wird im August-Heft des Rheinischen Ärzteblattes veröffentlicht.

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der von der Vertreterversammlung am 22. Juni 1996 beschlossenen Fassung

1. § 4 Absatz 3 e) wird wie folgt geändert:

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.**

2. In § 6 Absatz 3 a) wird ein Satz eingefügt:

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. **Entsprechendes gilt für die Folgejahre.** Grundlage der Berechnung ist das entsprechende Leistungsquartal des Jahres 1991.

3. In § 6 Absatz 3 wird ein weiterer Unterabsatz h) angefügt:

h) Zahlungen für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung (Nr. 8066), bewertet mit einem Punktwert von 9,5 Pf.

4. § 6 Absatz 4 a) erhält folgende Neufassung:

4 a) Der nach Abzug der Vorwegzahlungen gemäß Absatz 3 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:

Arztgruppen:	
Anaesthesisten	0,97 %
Augenärzte	4,48 %
Chirurgen	3,51 %
Gynäkologen	9,94 %
HNO-Ärzte	4,31 %
Hautärzte	3,02 %
fachärztlich tätige Internisten	3,96 %
fachärztlich tätige Kinderärzte	0,63 %
Laborärzte	2,98 %
Lungenärzte	1,10 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,43 %
Nervenärzte	3,85 %
Neurochirurgen	0,04 %

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

Orthopäden	6,78 %
Pathologen	0,66 %
ärztliche Psychotherapeuten	0,35 %
Radiologen	5,96 %
Urologen	2,68 %
Nuklearmediziner	0,46 %
hausärztlich tätige Ärzte (Internisten, Pädiater, Allgemeinärzte, prakt. Ärzte)	39,81 %
Nichtvertragsärzte (nichtärztliche Psychotherapeuten/ Verhaltenstherapeuten, Psychagogen, sonstige Ärzte)	0,90 %
Polikliniken	0,41 %
Institute/Krankenhäuser	2,77 %

Die Höhe der fachgruppenspezifischen Budgets wird durch die VV in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepaßt werden. Dabei ist insbesondere die Entwicklung der Arztzahlen angemessen zu berücksichtigen.

5. § 6 Absatz 4e Unterabsatz ec) wird wie folgt ergänzt:

- e) Für die Differenzierung nach Haus- und Fachärzten werden folgende Arztgruppen zugrunde gelegt:
- ec) Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gelten dann als Hausärzte im Sinne von ea), wenn sich der betreffende Arzt/die betreffende Gemeinschaftspraxis gegenüber dem Zulassungsausschuß als Hausarzt/hausärztliche Gemeinschaftspraxis erklärt hat.

6. § 7 erhält folgende Neufassung:

- 1) In Anwendung der Vorschrift des § 85 Absatz 4 SGB V wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit sowie zur Begrenzung des Mengenzuwachses die nach Prüfung anerkannte Gesamtpunktzahl einer Kürzung unterworfen, wenn entweder der individuelle Maßstab gemäß Absatz 2 bzw. der generelle Maßstab gemäß Absatz 3 überschritten wird. Punktzahlen, die nach Maßgabe der Absätze 2 bzw. 3 diese Grenzen überschreiten, werden bei der Feststellung des Honoraranspruchs nicht vergütet.
- 2) Vertragsärzte und ermächtigte Krankenhausärzte, die vor Inkrafttreten dieses HVM bereits tätig waren, erhalten – sofern sie entweder den in Absatz 3 genannten Regelfallwert oder den dort aufgeführten Punktzahlengrenzwert überschreiten – individuelle Fallwertbudgets und Punktzahlengrenzwerte, die sich aus dem Durchschnitt der eigenen anerkannten Leistungsbedarfsanforderung in Punkten der Quartale 3/93 bis 2/94 ergeben. Das arithmetische Mittel der vier Quartale ergibt das individuelle Limit für das Fallwertbudget und den Punktzahlengrenzwert.

Diese individuellen Grenzwerte bleiben bei eventueller späterer Anpassung der Fachgruppengrenzwerte unberührt.

3)				
Arztgruppe:	Unter-	Regelfall-	Punktzahlen-	
Vertragsärzte/ Krankenhaus-	gruppe	wert in	grenzwert	
ärzte (KH)		Punkten		
Anaesthesisten	UG1	2.777	719.280	
	UG 2	2.540	457.232	
	UG 3 KH	1.934	100.551	
Augenärzte	UG 1	1.579	1.951.291	
	UG 2	645	1.033.398	
	UG 3	706	1.371.481	
	UG 4	578	817.253	
	UG 5	714	1.208.831	
	UG 6 KH	892	777.733	
Chirurgen	UG 1	1.790	1.066.891	
	UG 2	1.381	1.176.376	
	UG 3	1.294	978.026	
	UG 4	1.044	517.654	
	UG 5 KH	501	259.486	
	Gynäkologen	UG 1	489	1.704.900
		UG 2	1.062	995.408
UG 3		800	904.599	
HNO-Ärzte	UG 4 KH	495	171.606	
	UG 1	3.137	464.215	
	UG 2	931	1.019.384	
	UG 3	1.252	1.350.788	
	UG 4	802	611.673	
	UG 5	1.334	2.648.229	
	UG 6	894	1.081.546	
Hautärzte	UG 7 KH	623	313.550	
	UG 1	982	1.492.192	
	UG 2	686	1.074.563	
	UG 3	653	911.401	
	UG 4 KH	449	558.924	
	Internisten	UG 1	1.049	800.026
		UG 2	1.030	1.014.575
UG 3		982	885.041	
UG 4		1.119	1.103.774	
UG 5		1.098	936.788	
UG 6		2.173	1.419.239	
UG 7		1.558	1.032.970	
UG 8		1.452	1.026.729	
Kinderärzte	UG 9 KH	1.451	304.732	
	UG A	1.307	1.027.392	
	UG 1	762	826.057	
Laborärzte	UG 2	910	898.326	
	UG 3 KH	740	255.225	
	UG 1	22	1.569.358	
Lungenärzte	UG 2	1.055	7.009.192	
	UG 3 KH	999	800.937	
	UG 1	1.685	1.304.265	
	UG 2	1.828	1.358.345	

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

	UG 3	1.830	1.601.412
	UG 4	1.815	2.081.550
	UG 5 KH	2.027	411.555
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	UG 1	1.981	770.584
	UG 2 KH	381	76.938
Nervenärzte	UG 1	1.444	915.775
	UG 2	1.575	1.063.457
	UG 3	2.068	603.995
	UG 4	2.283	299.052
	UG 5	1.265	1.375.311
	UG 9	2.548	601.234
	UG 6 KH	3.894	155.772
	UG 7 KH	815	74.146
	UG 8 KH	1.145	124.813
Neurochirurgen	UG 1	1.685	628.493
	UG 2 KH	420	147.353
Orthopäden	UG 1	1.218	1.434.946
	UG 2	1.521	1.554.841
	UG 3 KH	404	215.766
Pathologen	UG 1	330	1.057.765
	UG 2	516	933.033
	UG 3 KH	360	533.676
ärztliche Psychotherapeuten	UG 1	5.051	166.681
Radiologen	UG 1	878	942.664
	UG 2	1.800	2.368.255
	UG 3	1.637	2.084.215
	UG 4	2.698	3.075.200
	UG 5 KH	1.788	1.078.113
Urologen	UG 1	1.911	1.069.911
	UG 2	1.378	1.132.544
	UG 4	5.114	1.109.757
	UG 3 KH	306	191.267
Nuklearmediziner	UG 1	2.636	2.893.944
Allgemeinmediziner/ Prakt. Ärzte/Ärztinnen	UG 1	779	464.445
	UG 2	821	680.453
	UG 3	881	765.417
	UG 4	904	869.208
	UG 5	965	966.752
	UG 6	973	920.985
	UG 7	1.033	1.074.282
	UG 8	1.192	617.633
	UG 9	944	794.897

- 4) Für die Gemeinschaftspraxen gelten **die Abs. 1 bis 3** mit der Maßgabe, **daß die Punktzahlengrenzwerte** mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zu multiplizieren ist.
- 5) Bei Ärzten, die mit mehreren Gebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind oder bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, werden aus den Grenzwerten (Abs. 3) der betreffenden Gebiete mittlere **Fallwertbudgets** und

Punktzahlengrenzwerte gebildet. **Bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen wird zunächst die sich aus der Zuordnung in die entsprechende Arztgruppe gemäß Anlage zu diesem HVM ermittelte Untergruppe festgestellt. Für die weitere gebietsübergreifende Arztgruppe wird der durchschnittliche Untergruppengrenzwert (arithmetisch ermittelt aus den jeweiligen Untergruppen der betreffenden Arztgruppe) festgestellt.** Die Sätze 1 und 3 sind entsprechend auch für ermächtigte Krankenhausärzte anzuwenden.

- 6) Die Abs. 1) bis 3) gelten nicht für ermächtigte Institute sowie für belegärztliche Behandlung.
- 7) **Bei Ärzten, die vor Inkrafttreten dieser Regelung niedergelassen waren, jedoch in dem Zeitraum 3/93 bis 2/94 noch keine vier vollständigen Abrechnungsquartale vorlegen können, kann in begründeten Einzelfällen auf Antrag durch den Vorstand der KV Nordrhein ein individuelles Fallwertbudget und ein individueller Punktzahlengrenzwert auf der Basis der letzten Abrechnungen festgelegt werden. Dabei werden die individuellen Zahlen des Antragsstellers um den Prozentsatz reduziert, in dem die globale Leistungsmenge aller Ärzte seit dem Berechnungszeitraum zugenommen hat.**
- 8) **Fälle im organisierten Notfalldienst sowie der darauf entfallende Leistungsbedarf in Punkten fallen nicht unter die Begrenzung gemäß Abs. 3.**
- 9) Nach Anfechtung eines Kürzungsbescheides kann der Vorstand für das betreffende Quartal nach pflichtgemäßem Ermessen auch für folgende Quartale ein individuelles Fallwertbudget und/oder einen individuellen Punktzahlengrenzwert festsetzen, wenn eine spätere Aufhebung des Bescheides wahrscheinlich erscheint. Voraussetzung ist, daß besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen, insbesondere, daß **begründete Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, die erst nach 2/94 entstanden sind (Innovationskomponente).** Hinsichtlich der Voraussetzungen und ggfs. der Höhe eines individuell festzusetzenden Fallwertbudgets und/oder Punktzahlengrenzwertes hat der Vorstand einen Beurteilungsspielraum und **setzt ggf. individuelle Werte nach seinem Ermessen fest.**
- 10) **Bisherige generelle oder individuelle Regelungen bezüglich der Beurteilung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind ab Inkrafttreten des vorstehenden neuen Beurteilungsmaßstabes gegenstandslos.**

7. § 8 erhält folgende Neufassung:

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 zugelassen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 28 vergütet.
Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, berechnen. Die Abrechnung der Einzelvisite bei Nacht erfolgt nach Nr. 29N, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5. 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 und 150 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 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 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, die Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze.
 - b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N 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 entsprechende Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 160 Punkten erreicht.
 - c) die Leistungen nach den Nrn. 100, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 379, 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, 635, 636, 640, 641, 642, 651, 652, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 721, 722, 723, 725, 726, 728, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175, 5222 mit 60% der Vergütungssätze
 - d) die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,mit 60% der Vergütungssätze.
 - Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 29 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 mit Ausnahme der Nrn. 5210 bis 5221 (Computertomographie) mit 60% der Vergütungssätze,
 - f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT-Untersuchungen) 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, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, 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, ggf. in Verbindung mit einer Gebühr nach Nr. 5, 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 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen/ das Wegegeld
 - bei Nacht die Nr. 50N, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, sowie je Fall die zutreffende Wegepauschale/ das zutreffende Wegegeld,
 - b) für die Assistenz die Leistung nach Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5
 - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses
 - bei Tage die Visite nach Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5
 - bei Nacht die Einzelvisite nach Nr. 29N und 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

Gebühr nach Nr. 5 sowie 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 sowie nach den Kapiteln C und D II.

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.

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 Bereitschaftsdienst 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 auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

8. § 10 Absatz 5 a) und b) wird wie folgt geändert:

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 Nr. 25N, 26N, 29N oder 50N, 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

9. § 10 Absatz 6 wird ein weiterer Unterabsatz angefügt:

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

10. § 12 erhält folgende Neufassung:

Die Änderungen der §§ 6, 7 und 8 des Honorarverteilungsmaßstabes treten am 01.07.1996 in Kraft.

Die übrigen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten am 01.01.1996 in Kraft.

Ausgefertigt:

Düsseldorf, den 24.06.1996

Gezeichnet:

Dienstsiegel

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

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

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 UGen 1, 2, 4 oder 6 zugeordnet werden können
- 4 = Belegärzte, sofern nicht UG 6
- 5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

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
- 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 Leistungen nach den Nrn. 8651 bis 8655** 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 und/oder Röntgenleistungen, sofern nicht UG 3, 5 oder 6
- 3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM sowie Sonographien 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 sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)
- 3 = VÄ **ohne** Röntgenleistungen mit Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM)
- 4 = VÄ **mit** Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
 - Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
 - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
 - echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- 5 = VÄ **ohne** Röntgenleistungen mit Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM), Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
 - Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
 - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)

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

- 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

A = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach den Nrn. 8651 bis 8655 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

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* elektrophysiologische 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* elektrophysiologische 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
- 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

50 = Psychotherapeuten

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

53 = Radiologen

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

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

Kap. T III bis T V EBM

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

5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

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 den Nrn. 8651 bis 8655 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen**

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

5 = Abrechnung der Heimdialyse durch Ärzte in Dialysezentren

75 = Notfallärzte

0

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 nachfol-

gend 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

9 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach den Nrn. 8651 bis 8655 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

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