

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Stadt Remscheid
Facharzt für Diagnosti-
sche Radiologie
(Gemeinschaftspraxis)
Chiffre-Nr. 290/97

Bewerbungen richten Sie
bitte innerhalb drei Wo-
chen nach Erscheinen
dieser Veröffentlichung
an die KV Nordrhein,
Bezirksstelle Düsseldorf,
Niederlassungsberatung,
Emanuel-Leutze-Straße
8, 40547 Düsseldorf, Tel.:
0211 - 59 70 - 462.

Im Bereich der Bezirksstelle Köln:

Stadt Köln
Facharzt für Orthopädie
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 181/96

Rhein-Sieg-Kreis
Facharzt für Allgemein-
medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 182/96

Stadt Köln
Facharzt für Innere
Medizin (Ausscheiden
aus einer Gemein-
schaftspraxis)
Chiffre-Nr. 183/96

Stadt Bonn
Facharzt für Allgemein-
medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 184/96

Stadt Bonn
Facharzt für Innere
Medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 185/96

Stadt Köln
Facharzt für Innere
Medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 186/96

Verwaltungskosten- satz 1997

Die Vertreterversammlung
hat auf ihrer Sitzung am
30.11.1996 den Verwal-
tungskostensatz für 1997 für
die Abrechnung der Quartale
4/96 bis 3/97 mit 2,5 % fest-
gelegt.

Bewerbungen richten Sie
bitte innerhalb drei Wo-
chen nach Erscheinen
dieser Veröffentlichung
an die KV Nordrhein, Be-
zirksstelle Köln, Sedan-
straße 10 - 16, 50668 Köln,
Tel.: 0221 - 77 63 - 194.

Im Bereich des Zulassungs- ausschusses Duisburg:

Kreis Kleve
Facharzt für Innere
Medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 80/96

Kreis Wesel
Praktischer Arzt
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 81/96

Stadt Essen
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 82/96

Stadt Duisburg
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 83/96

Stadt Oberhausen
Facharzt für Urologie
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 84/96

Stadt Oberhausen
Praktischer Arzt
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 85/96

Bewerbungen richten Sie
bitte innerhalb drei Wo-
chen nach Erscheinen
dieser Veröffentlichung
an die KV Nordrhein, Zu-
lassungsausschuß für Ärz-
te Duisburg, Mülheimer
Straße 66, 47057 Duis-
burg.

Im Bereich der Bezirksstelle Aachen:

Kreis Aachen
Arzt für Allgemeinmedi-
zin (Ausstieg aus einer

Gemeinschaftspraxis)
Chiffre-Nr. 079

Stadt Aachen
Arzt für Frauen-
heilkunde
Chiffre-Nr. 080

Bewerbungen richten Sie
bitte innerhalb drei Wo-
chen nach Erscheinen
dieser Veröffentlichung
an die KV Nordrhein, Be-
zirksstelle Aachen, Habs-
burgerallee 13, 52064 Aa-
chen, Tel.: 0241 - 75 09 -
180.

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

Terminhinweis

Die Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereini-
gung Nordrhein tritt am
25.01.1997 zu ihrer konstitu-
ierenden Sitzung in der 11.
Wahlperiode zusammen. Die
Sitzung beginnt um 10.00
Uhr c.t. im großen Sitzungs-
saal des Ärztehauses, Sedan-
straße 10-16, 50668 Köln.
Die Sitzung ist öffentlich.

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der von der Vertreter- versammlung der Kassen- ärztlichen Vereinigung Nordrhein am 30.11.1996 beschlossenen Fassung

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

§ 1 Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Ver-
teilung der Gesamtvergütung aller Primärkrankenkas-
sen 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 Vereini-
gungen (Fremdkassenfälle, Anteile überbezirklicher
Krankenkassen).

§ 2 Leistungsbewertung

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behand-
lung und Betreuung im Rahmen der vertragsärztli-
chen Versorgung gehörenden Leistungen (kurative
Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen zur
Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Gesund-
heitsuntersuchungen, "Sonstige Hilfen" sowie Maß-
nahmen zur Rehabilitation, die mit der Gesamtver-
gütung abgegolten werden (§ 85 Abs. 1 SGB V).

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

- 2) 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). Ärztliche Leistungen, die vom einzelnen Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen von ihm nicht erbracht werden.
 - 3) Die Bewertung der Dokumentation ärztlicher Leistungen im Rahmen der onkologischen Nachsorge richtet sich nach den hierüber mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen.
- 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 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 Primärkrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind
 - h) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten
 - i) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden
 - j) Leistungen im Auftrage des medizinischen Dienstes
 - k) Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrage der Berufsgenossenschaften
 - l) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulosefürsorge
 - m) die Selbstbehandlung sowie die Behandlung der mitversicherten Familienangehörigen mit Ausnahme der Sachkosten nach dem DKG-NT
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind darüber hinaus
 - a) fachfremde Leistungen, außer bei einer Notfallbehandlung (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), es sei denn, die Dringlichkeit ist begründet. Regelmäßig erbrachte fachfremde Leistungen sind jedoch nicht abrechnungsfähig.
- 3) Leistungen, die aufgrund einer Krankenseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 (Ärzte-ZV) ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem ermächtigten Krankenhausarzt dann nicht vergütet, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird.

Leistungen, die aufgrund einer Krankenseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind im Falle der Aufnahme nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nur dann nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß ein Notfall vorliegt.
- 4) Bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden, können Besuchsgebühren nicht abgerechnet werden.
- 5) Begibt sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes, kann dafür eine Besuchsgebühr nicht berechnet werden. Eine Besuchsgebühr ist jedoch dann abrechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 5 EBM erfüllt sind.

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

§ 4 Abrechnungslegung

1) Die Rechnungslegung ist auf gültigen Abrechnungsscheinen vorzunehmen. Mehrere Abrechnungsscheine dürfen für einen Patienten nur eingereicht werden, wenn dieser während des Behandlungsvierteljahres die Krankenkasse oder den Mitgliedsstatus bei derselben Krankenkasse gewechselt hat. Erhält der Arzt während eines Vierteljahres mehrere Abrechnungsscheine (z.B. Zuweisung, Konsiliarüberweisung) für denselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse, so gelten diese als ein Behandlungsfall und sind für die Abrechnung zusammenzuheften. Die 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 Überweisungs-

empfänger ist gehalten, solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben.

- a) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung) bezeichnet sind („Ziel- bzw. Definitionsauftrag“), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung dieser Auftragsleistungen und ggf. eines Berichtes mit kritischer Stellungnahme und Empfehlung zur Behandlung. Die Bestimmung des Teils B. Ziffer 3 EBM bleibt hiervon unberührt.
 - b) Überweisungsscheine, auf denen das Wort „Konsiliaruntersuchung“ gekennzeichnet ist, berechtigen nur zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer Leistungen sowie des Berichtes. Im Zusammenhang mit der Konsiliaruntersuchung kann einmalig eine erforderliche Beratung abgerechnet werden.
 - c) Überweisungsscheine, auf denen „Mit-/Weiterbehandlung“ gekennzeichnet ist, berechtigen zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender und/oder ergänzender diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen bzw. zur gesamten diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit.
 - d) Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Wechselseitige Vertretungen der Partner von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften mit gemeinsamen Räumlichkeiten sowie Vertretungen in den Praxisräumen des vertretenen Arztes dürfen nicht auf diesem Abrechnungsschein abgerechnet werden.
 - e) Ist auf dem Abrechnungsschein eine für den Patienten nicht zuständige Krankenkasse vermerkt und kann die zuständige Krankenkasse nicht ermittelt werden, so sind die eingetragenen ärztlichen Leistungen nicht abrechnungsfähig. Das gilt nicht bei der Verwendung einer falschen Krankenversichertenkarte.
- 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 tiefen-

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

psychologisch 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-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

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

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

In der Zeit vom bis wurde ich in meiner Praxis von Frau/Herrn Dr. med. ... vertreten. Ich versichere, daß die Abrechnung vollständig ist.

Für den Fall, daß ich mittels EDV mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abrechne, versichere ich, daß die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden. "

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

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

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

Ich versichere, daß die Abrechnung vollständig ist.

Für den Fall, daß ich mittels EDV mit der 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 Vertra-

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

ges 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 ausbezahlt, wenn und soweit sich die vorläufige Sicherung als unberechtigt oder überhöht erweist.

§ 5 Sachliche und rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die Abrechnungunterlagen des Arztes daraufhin, ob die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes beachtet wurden.
- 2) Sachliche Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) sind dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen.

Dies gilt nicht, wenn zwingende Bestimmungen des EBM (vgl. § 2 Abs. 2) außer acht gelassen wurden oder die sachliche Berichtigung rechnerisch pro Quartalsabrechnung unter DM 200,- liegt.

- 3) Über Widersprüche entscheidet - soweit die Bezirksstellen diesen nicht abgeholfen haben - der Vorstand der KV Nordrhein (§ 4 Abs. 6 der Satzung der KV Nordrhein).

§ 6 Honorarverteilung und Abrechnungsbescheid

- 1) Der zur Honorarverteilung zur Verfügung stehende Betrag eines Vierteljahres gemäß § 85 SGB V für Ärzte und andere an der Honorarverteilung Teilnehmende ergibt sich aus:
- a) den Gesamtvergütungen der bezirkseigenen Primärkrankenkassen bzw. landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft,
- b) den Gesamtvergütungen der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen,
- c) den Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle).
- 2) Die Honorarverteilung der Gesamtvergütungen nach § 6 Abs. 1 erfolgt 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. Entsprechendes gilt für die Folgejahre. 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.
- h) Zahlungen für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung (Nr. 8066), bewertet mit einem Punktwert von 9,5 Pf.

- 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:	
Fachärztlich tätige Ärzte (alle Arztgruppen)	56,14 %
Hausärztlich tätige Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte	42,46 %
Institute/Krankenhäuser	0,99 %
Polikliniken	0,41 %

Aus dem sich für den Bereich „Polikliniken“ ergebenden Anteil entfallen auf die einzelne Poliklinik im Bereich der KV Nordrhein:

Uniklinik Aachen	16,16 %
Uniklinik Köln	24,29 %
Uniklinik Bonn	23,20 %
Uniklinik Düsseldorf	18,89 %
Uniklinik Essen	17,46 %

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

Grundlage der Aufteilung bei den Polikliniken sind die entsprechenden Anteile des Jahres 1995.

Sobald über die Zulassungsausschüsse eine 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.

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.

Aus Gründen der Sicherstellung werden folgende Leistungen mit einem Punktwert von 8,0 Pfennigen von der KV Nordrhein gestützt. Diese Regelung gilt solange die Verschiebung durch den EBM 96 anhält bzw. der Punktwert „übrige Leistungen“ niedriger liegt.

- ambulante Operationen und Anästhesien und entsprechende Zuschläge
- Psychotherapie und Psychosomatik
- Histologie/Zytologie
- Strahlendiagnostik, konventionell
- konventionelle Strahlentherapie
- Nuklearmedizin In-vivo

- 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 Kasernenärztlicher 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) Für die Differenzierung nach Haus- und Fachärzten werden folgende Arztgruppen zugrunde gelegt:
 - ea) Hausärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind:
 - Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung,
 - sowie
 - Internisten ohne Schwerpunkt,
 - Kinderärzte ohne Schwerpunkt,die gegenüber dem Zulassungsausschuß erklärt haben, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.
 - eb) Fachärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind alle nicht unter ea) genannten niedergelassenen Ärzte, nicht jedoch nichtärztliche

Psychotherapeuten, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte.

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.

- 5) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.
- 6) Über die Verteilung der Gesamtvergütung erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Abrechnungsbescheid, ggf. in Gestalt eines Kontoauszuges. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen ersichtlich sein:
 - a) die angeforderten und die nach Prüfung und ggfs. Budgetierung anerkannten Beträge bzw. Punktzahlen
 - b) das nach § 7 festgestellte Kürzungsvolumen
 - c) 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 Ausschlußfrist geltend machen können, wird der Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlußfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist.

Bis dahin ist eine nachträgliche Korrektur des Abrechnungsbescheides (Berichtigung der Abrechnung und Verrechnung) zulässig. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Die Bestimmung des § 5 gilt entsprechend.
- 8) Von der Zahlung an die Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung der KV-Nordrhein beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht. Auf das Vierteljahreshonorar erhalten Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung

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

Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe mindestens 20 %, höchstens jedoch 30 % des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die KVNo fertiggestellten Vierteljahresabrechnung betragen soll. Die Restzahlung für die fertiggestellte Quartalsabrechnung erfolgt bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden 4. Monats. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind.

Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle.

- 9) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (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 wird 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 nachfolgend aufgeführten Punktzahlgrenzwerte überschritten werden:

Arztgruppe: Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte (KH)	Unter- gruppe	Punktzahlen- grenzwert (1,7-fach)
---	------------------	---

Anaesthesisten	UG 1 UG 2 UG 3 KH	2.157.309,0 2.157.309,0 755.058,2
----------------	-------------------------	---

Augenärzte	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4	3.232.167,3 2.157.309,0 3.737.863,6 2.157.309,0
------------	------------------------------	--

	UG 5 UG 6 KH	2.347.455,5 1.308.252,3
Chirurgen	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 KH	2.681.372,6 2.902.077,1 2.271.865,9 2.157.309,0 1.015.727,1
Gynäkologen	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 KH UG 5	4.779.724,3 2.293.974,7 2.157.309,0 1.672.903,5 3.077.002,7
HNO-Ärzte	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 UG 7 KH	2.157.309,0 2.293.960,3 2.816.295,7 2.157.309,0 2.184.758,1 2.341.024,6 985.703,5

Hautärzte	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 KH	3.732.376,5 2.157.309,0 2.157.309,0 1.306.331,9
Internisten	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 UG 6 UG 7 UG 8 UG 9 KH UG A	2.157.309,0 2.329.131,9 2.173.186,0 2.530.085,0 2.229.996,3 2.971.615,3 2.325.228,9 2.560.663,4 1.040.065,4 2.409.652,0

Kinderärzte	UG 1 UG 2 UG 3 KH	2.200.685,5 2.157.309,0 770.239,9
-------------	-------------------------	---

Lungenärzte	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5 KH	2.927.963,4 3.220.801,5 3.483.895,9 4.168.590,7 1.459.006,8
-------------	---	---

Mund-Kiefer- Gesichtschirurgen	UG 1 UG 2 KH	2.157.309,0 755.058,2
-----------------------------------	-----------------	--------------------------

Nervenärzte	UG 1 UG 2 UG 3 UG 4 UG 5	2.290.000,8 2.499.507,8 2.157.309,0 2.157.309,0 2.157.309,0
-------------	--------------------------------------	---

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 9	2.157.309,0
	UG 6 KH	874.827,7
	UG 7 KH	874.827,7
	UG 8 KH	874.827,7
Neurochirurgen	UG 1	2.157.309,0
	UG 2 KH	755.058,2
Orthopäden	UG 1	3.064.614,5
	UG 2	3.600.719,9
	UG 3 KH	1.260.252,0
Pathologen	UG 1	2.157.309,0
	UG 2	3.669.184,0
	UG 3 KH	1.284.214,3
ärztliche Psychotherapeuten	UG 1	2.157.309,0
Radiologen	UG 1	2.157.309,0
	UG 2	4.667.014,3
	UG 3	2.157.309,0
	UG 4	4.471.670,1
	UG 5 KH	1.633.455,0
Urologen	UG 1	2.157.309,0
	UG 2	2.157.309,0
	UG 4	2.616.431,6
	UG 3KH	915.751,1
Nuklearmediziner	UG 1	6.021.670,1
Allgemein- mediziner/ Prakt. Ärzte/Ärztin	UG 1	2.157.309,0
	UG 2	2.157.309,0
	UG 3	2.157.309,0
	UG 4	2.165.395,9
	UG 5	2.370.713,4
	UG 6	2.420.274,7
	UG 7	2.808.777,1
	UG 8	2.157.309,0
	UG 9	2.299.299,6

- 3) a) Für fachgleiche Gemeinschaftspraxen gilt Abs. 1) mit der Maßgabe, daß der Punktzahlengrenzwert mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zu multiplizieren ist.
b) Bei der Beschäftigung eines angestellten Arztes werden bei halbtags beschäftigten Ärzten 35 %, bei ganztags beschäftigten Ärzten 70 % zu dem jeweils geltenden Punktzahlengrenzwert der Praxis hinzuaddiert. Bei Ausscheiden des angestellten Arztes werden diese Werte entsprechend subtrahiert.

- 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 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 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) Um den in Einzelfällen anerkannten besonderen Verhältnissen Rechnung zu tragen, behalten die bezüglich der entsprechenden früheren Fassung des § 7 HVM für bestimmte Praxen festgelegten Punktzahlengrenzwerte während der Geltungsdauer der jetzigen Fassung des § 7 HVM ihre Gültigkeit.

§ 8 Belegärztliche Tätigkeit

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

- 1) Dem nach § 31 BMV Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 39 BMV Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 28 EBM vergütet.

Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Nr. 29

- a) Wenn die 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. Der Überschreibungsbetrag wird um 50 % gekürzt. Die Kürzung ist entsprechend dem Anteil Primär- und Ersatzkassen vorzunehmen.

- b) Wenn der Arzt 50 oder mehr Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (§ 4 Abs. 3 d)) abgerechnet hat, wird die nach Buchst. a) errechnete Kürzung um 10 Prozentpunkte ermäßigt.

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

EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, berechnen. Die Abrechnung der Einzelvisite bei Nacht erfolgt nach Nr. 29N EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5. EBM. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung von Leistungen nach den Abschnitten B II 1 und B II 2 sowie den Nrn. 25, 26, 32, 40, 42, 44 und 150 EBM ausgeschlossen.

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

Die Leistung nach Nr. 29 EMB in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt erforderlich war.

- 3) Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

a) die Leistungen der Kapitel D II und S EBM, die Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 78 und 119 EBM sowie Pauschalerstattungen des Kapitels "U" EBM mit 100 % der Vergütungssätze.

b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N EBM mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen.

- Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 160 Punkten erreicht.

c) die Leistungen nach den Nrn.

100, 101, 102, 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 EBM, 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 EBM,

- die den Leistungen der Kapitel O und P EBM entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,

mit 60% der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels O EBM sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 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 EBM mit Ausnahme der Nrn. 5210 bis 5221 (Computertomographie) EBM mit 60% der Vergütungssätze,

f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 EBM und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT-Untersuchungen) EBM mit 20% der Vergütungssätze,

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

h) der Beistand bzw. die Assistenz nach Nr. 46 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, sofern der Belegarzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.

4) Die reduzierten Vergütungssätze nach 3) gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

5) Die Leistung nach Nr. 51 EBM, ggf. in Verbindung mit einer Gebühr nach Nr. 5 EBM, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.

6) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ärzte berechnen:

a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen

- bei Tage die Nr. 50 EBM für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen/ das Wegegeld

- bei Nacht die Nr. 50N EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM, sowie je Fall die zutreffende Wegepauschale/ das zutreffende Wegegeld,

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

- b) für die Assistenz die Leistung nach Nr. 46 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses
- bei Tage die Visite nach Nr. 29 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM
- bei Nacht die Einzelvisite nach Nr. 29N EBM und die Gebühr nach Nr. 5 EBM
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 EBM sowie nach den Kapiteln C und D II EBM.
- 7) Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
- 8) Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.
Die Vertragskassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.
Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind.
- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.
Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.
- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Ersatzkassen ein Betrag von DM 6,00 pro Patient und Pfl egetag gezahlt. Die Primärkrankenkassen vergüten hierfür 60 Punkte. Die Abrechnung erfolgt durch Ansatz der Nr. 7200 EBM auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pfl egetage.

§ 9 Erstattung von Kosten

- 1) Die Erstattung von Porto- und Versandkosten sowie Schreibgebühren und die Erstattung von Kosten für Fotokopien erfolgt nach den Bestimmungen des Teils „U“ - Pauschalerstattungen - des EBM.
- 2) Für vom Arzt ausgegebene Testbriefchen zur Durchführung von Untersuchungen auf Blut im Stuhl, die vom Patienten dem Arzt nicht zurückgegeben werden, erstattet die Krankenkasse DM 2,50. Der Arzt hat in der Abrechnung hierfür die Nr. 7150 EBM einzutragen.
- 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 EBM 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 Primärkrankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte - soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist - eine Wegepauschale von DM 1,95 bei Tag und DM 3,90 bei Nacht.
- 2) Anstelle des Wegepauschales gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arzt-sitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrundegelegt werden.
Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5

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

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. 26, 29 oder 50 EBM sowie bei Besuchen nach den Nrn. 25 + 5 oder 150 + 5 EBM DM 2,90
- b) bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 25N, 26N, 29N oder 50N EBM, ggf. im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung nach Nr. 5 EBM DM 4,80
- c) bei Besuchen nach den Nrn. 25 und 150 EBM - ohne anteilige Berechnung DM 2,30

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

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

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

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

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

§ 11

Wegepauschale für Versicherte der Ersatzkassen

- 1) a) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 oder 150 EBM sowie für jede Einzelvisite nach Nr. 29 EBM ein Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 EBM in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten bzw. für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen. Das Wegepauschale wird nach den Nrn. 7160 und 7161 in unterschiedlicher Höhe, nach Besuchszeiten differenziert, erstattet.
- b) Für den Ansatz der Wegepauschalen gelten die in Abs. 2) genannten Zonenangaben „Z 1“, „Z 2“ oder „Z 3“.
- c) Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet
 - für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. 7234 oder 7237 (Z 1);
 - für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. 7235 oder 7238 (Z 2);
 - für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. 7236 oder 7239 (Z 3);
 - für Besuchsstellen jenseits eines Radius von 10 km, differenziert nach Besuchszeiten, nach den Nrn. 7160 oder 7161 für Besuche zur Durchführung konsiliarischer Tätigkeit oder für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen.
- d) Die Bereiche für die Wegepauschalen sind ausgehend vom Praxissitz als Zentrum vom Vertragsarzt selbst zu bestimmen.
- e) Bei Besuchen im organisierten Notfalldienst, die von einer für den Notfalldienst geschaffenen zentralen Einrichtung aus durchgeführt werden, ist anstelle des Praxissitzes der Ort dieser Einrichtung das Zentrum der durch Entfernungskreise festgelegten Wegebereiche. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den VdAK-Ortsausschüssen bleiben hiervon unberührt.
- f) Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den

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

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

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt mit Wirkung zum 1. Januar 1997 in Kraft.

Ausgefertigt: Düsseldorf, den 03.12.1996
Gezeichnet:

Dr. Dieterich
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Untergruppeneinteilung zu § 7 Abs. 1 HVM ab 01.01.1997

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

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 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 4
- 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 4
- 3 = übrige VÄ, die nicht den UGen 1, 2 oder 4 zugeordnet werden können
- 4 = Belegärzte
- 5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

10 = Gynäkologen

- 1 = VÄ, 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, 8652, 8654 und/oder 8655 in 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 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 Sonographien (Nrn. 378 bis 389 EBM) endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spirographischen Untersuchungen (Nrn. 691,700 und/oder 715 EBM) Belastungs-EKG (Nrn. 604 EBM)
- 3 = VÄ ohne Röntgenleistungen, sowie Sonographien (Nrn. 378 bis 389 EBM) endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spirographischen Untersuchungen (Nrn. 691,700 und/oder 715 EBM) Belastungs-EKG (Nr.604 EBM)
- 4 = VÄ mit Röntgenleistungen, sowie Sonographien (Nrn. 378 bis 389 EBM) endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spirographischen 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)