

# 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)

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

- direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
- echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- 5 = 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), 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)
- 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, 8652, 8654 und/oder 8655 in 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt
- 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 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\* elektoneurophysiologische 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\* elektoneurophysiologische 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 ambulanten Operieren nach den Zuschlagsnummern 85 ff.
- 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

## 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 = ärztliche Psychotherapeuten

## 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 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, 8652, 8654 und/oder 8655 in einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

## 59 = Nuklearmediziner

### 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 nachfol-

gend 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, 359 EBM und/oder Nr. 8339 mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt

9 = 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

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

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

C - Endoskopische Leistungen (Nrn. 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