

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

**Beschlüsse der Vertreterversammlung der KV Nordrhein vom 19.03.1997 zur Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes**

1. § 6 HVM erhält folgende Fassung:

**§ 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:**

<b>Anaesthesisten</b>	<b>1,04 %</b>
<b>Augenärzte</b>	<b>4,52 %</b>
<b>Chirurgen</b>	<b>3,77 %</b>
<b>Gynäkologen</b>	<b>9,82 %</b>
<b>HNO-Ärzte</b>	<b>4,26 %</b>
<b>Hautärzte</b>	<b>3,17 %</b>
<b>hausärztlich tätige Internisten</b>	<b>13,99 %</b>
<b>fachärztlich tätige Internisten</b>	<b>3,04 %</b>
<b>davon Untergruppe 6</b>	<b>1,28 %</b>
<b>Untergruppe 7</b>	<b>0,31 %</b>
<b>Untergruppe 8</b>	<b>0,16 %</b>
<b>hausärztlich tätige Kinderärzte</b>	<b>4,95 %</b>
<b>fachärztlich tätige Kinderärzte</b>	<b>0,13 %</b>
<b>Laborärzte</b>	<b>2,75 %</b>
<b>Lungenärzte</b>	<b>1,11 %</b>
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen</b>	<b>0,33 %</b>
<b>Nervenärzte</b>	<b>4,10 %</b>
<b>Neurochirurgen</b>	<b>0,04 %</b>
<b>Orthopäden</b>	<b>7,09 %</b>
<b>Pathologen</b>	<b>0,54 %</b>
<b>Psychotherapeuten</b>	<b>0,43 %</b>
<b>Radiologen</b>	<b>6,13 %</b>
<b>Urologen</b>	<b>2,61 %</b>
<b>Nuklearmediziner</b>	<b>0,44 %</b>
<b>nichtärztliche Verhaltenstherapeuten</b>	<b>0,58 %</b>
<b>nichtärztliche Psychotherapeuten</b>	<b>0,28 %</b>
<b>Psychagogen</b>	<b>0,10 %</b>
<b>ermächtigte Ärzte</b>	<b>0,01 %</b>
<b>Institute/Krankenhäuser</b>	<b>0,99 %</b>
<b>Polikliniken</b>	<b>0,35 %</b>
<b>Notfallärzte</b>	<b>0,02 %</b>
<b>hausärztlich tätige Allgemeinärzte</b>	<b>23,33 %</b>
<b>fachärztlich tätige Allgemeinärzte</b>	<b>0,08 %</b>

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 %

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 ge-

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

schlossenen 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 Arztlizenzen zu berücksichtigen.

Aus Gründen der Sicherstellung werden folgende Leistungen bzw. Leistungsbereiche mit einem Punktwert von 8,0 Pfennigen zu Lasten aller Arztgruppen (ohne Institute/Krankenhäuser und Polikliniken) vergütet. 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 Kassenärztlicher Vereinigungen bestimmt sich ohne Trennung nach den einzelnen Versicherungsträgern ebenfalls nach den Vorschriften des Abs. a).
- d) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.
- e) 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 fachübergreifenden 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

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

---

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

Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin 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.

2. § 12 HVM erhält folgende Fassung:

Dieser Honorarverteilungsmaßstab tritt in der vorstehenden Fassung zum 1. Januar 1997 in Kraft.

Ausgefertigt: Köln, den 19.03.1997

*Gezeichnet:*  
*Dr. Winkler*  
*Vorsitzender der Vertreterversammlung*