

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

**Honorarverteilungsmaßstab  
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
in der durch die Beschlüsse der Vertreterversammlungen  
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein am 19.03.1997, 21.05.1997,  
29.11.1997 und 14.03.1998 geänderten Fassung vom 30.11.1996**

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

**§ 1**

**Geltungsbereich**

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

**§ 2**

**Leistungsbewertung**

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehörenden Leistungen (kurative Medizin, Vorsorgeuntersuchungen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Gesundheitsuntersuchungen, „Sonstige Hilfen“ sowie Maßnahmen zur Rehabilitation, die mit der Gesamtvergütung abgegolten werden (§ 85 Abs. 1 SGB V).
- 2) Die ärztlichen Leistungen werden, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts anderes bestimmt ist, nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in der jeweils gültigen Fassung bewertet (BMÄ bzw. EGO, im folgenden EBM genannt). Ärztliche Leistungen, die vom einzelnen Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen von ihm nicht angeboten werden.

Wenn die zum 1.7.1997 vorgesehenen Praxisbudgets nicht zur Anwendung kommen, gelten die Teilbudgets des EBM (Stand 1. Juli 1996) fort.

Das Teilbudget „Kardiologie, Pneumologie, Röntgen-Diagnostik Innere Organe“ nach den Allgemeinen Bestimmungen A I. des EBM mit Wirkung ab dem 01. Januar 1997 für Leistungen des Abschnittes F I. nach den Nrn. 601 bis 625, 5051 bis 5056 sowie für

Leistungen des Abschnittes F III. mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 725 bis 728, **erweitert um die Leistungen des Abschnittes C VII EBM nach den Nrn. 375 bis 389**, gilt für Internisten der Untergruppe 6 (Kardiologie) bis zur Ablösung durch Regeleistungsvolumina über den 30.06.1997 fort.

Mit Wirkung ab dem 01.01.1998 sind für fachärztlich tätige Internisten der Untergruppe 6 (Kardiologie)

- angiologische Leistungen nach den Nrn. 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 660, 661, 666, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689

nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt aus der jeweiligen Fallpunktzahl und der Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der Arztpraxis ergibt.

Als Fallpunktzahlen gelten für

- angiologische Leistungen 150 Punkte

- 3) Die Bewertung der Dokumentation ärztlicher Leistungen im Rahmen der onkologischen Nachsorge richtet sich nach den hierüber mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen.

**§ 3**

**Nicht abrechnungsfähige Leistungen**

- 1) Nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die nach den geltenden Bestimmungen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, insbesondere
  - a) Reihenuntersuchungen in Betrieben
  - b) Einstellungsuntersuchungen in Betrieben
  - c) Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit
  - d) Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen
  - e) badeärztliche Behandlung
  - f) Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 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.
  - b) Leistungen von Krankenhausärzten außerhalb der ausgesprochenen Ermächtigung (§ 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)).
  - c) Leistungen, für die eine gesetzliche oder gesamtvertraglich vorgeschriebene Genehmigung nicht erteilt worden ist.
  - d) Leistungen, für die kein Zertifikat über die Durchführung der Qualitätssicherung nach Maßgabe der bestehenden Richtlinien vorgelegt worden ist (§ 4 Abs. 4 der Satzung).
- 3) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 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 Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind im Falle der

Aufnahme nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nur dann nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß ein Notfall vorliegt.

- 4) Bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden, können Besuchsgebühren nicht abgerechnet werden.
- 5) Begibt sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z.B. 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.

## § 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, **außer, der zweite Abrechnungsschein ist ein im organisierten Notfalldienst erstellter Abrechnungsschein nach Muster 19 a; in dieser Konstellation sind zwei Behandlungsfälle abzurechnen**<sup>1)</sup>. 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 Vorausset-

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

zung für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand in Richtlinien.

Ärzte, die mit Hilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, werden von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

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

- 2) Als gültige Behandlungsausweise gelten:
  - a) Krankenversichertenkarte
  - b) Krankenscheine
  - c) Überweisungsscheine/Belegarztscheine
  - d) Abrechnungsscheine für ärztlichen Notfalldienst oder Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
  - e) Behandlungsausweise für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
- 3) Überweisungsscheine ohne nähere Kennzeichnung sind nicht abrechnungsfähig. Der Überweisungsempfänger ist gehalten, solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben.
  - a) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung) bezeichnet sind („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 tiefenpsychologisch fundierter und/oder analytischer Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.09.1990 (Deutsches Ärzteblatt vom 01.11.1990 Heft 44, Seiten 3439 ff) abrechnen.

Die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.

6) Ärzte, die Leistungen im Rahmen der „Sonstigen Hilfen“ und der Maßnahmen zur Rehabilitation erbringen, können diese Leistungen nach Maßgabe der hierüber abgeschlossenen Vereinbarungen abrechnen.

Die hierzu erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 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:
- Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
  - Von dem anerkannten Honorarananspruch 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 Kasernenärztlichen 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 Kasernenärztlichen 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 „Ver Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V“ vom 13.06.1994 erfüllt wurden.“*

- 12) Zur vorläufigen Sicherung möglicher Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche können nur mit Zustimmung des Vorstandes der KV-Nordrhein bis zu 30 % der fälligen Honoraranforderungen einbehalten werden, wenn gegen den Arzt ein Verfahren auf

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

Entziehung der Kassenzulassung anhängig ist oder ein rechtskräftiges Urteil bzw. ein unanfechtbarer Strafbefehl wegen betrügerischer Abrechnung vorliegt und Schadensersatzansprüche angemeldet werden.

Die Einbehaltungen werden mit den banküblichen Darlehnszinsen verzinst und an den Arzt ausgezahlt, wenn und soweit sich die vorläufige Sicherung als unberechtigt oder überhöht erweist.

## § 5

### Sachliche und rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die 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 nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich Primär- und Ersatzkassen)
- 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, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gem. § 6 Abs. 4 a zu berücksichtigen sind
- f) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gem. § 6 Abs. 4 a zu berücksichtigen sind
- 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 für Primär- bzw. Ersatzkassen 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:

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

Arztgruppen:		davon für Praxisbudgets ("grüne Leistungen")	Zusatzbudgets ("gelbe Leistungen")	freie Leistungen ("rote Leistungen")
Anaesthesisten	1,0386 %	40,61 %	1,82 %	57,57 %
Augenärzte	4,6327 %	81,59 %	3,90 %	14,51 %
Chirurgen	3,7500 %	44,39 %	22,01 %	33,60 %
Gynäkologen	9,8062 %	53,56 %	8,49 %	37,95 %
<b>HNO-Ärzte</b>	4,5382 %	<b>79,90 %</b>	<b>8,83 %</b>	11,27 %
Hautärzte	3,1500 %	80,46 %	6,05 %	13,49 %
hausärztlich tätige Internisten	13,8982 %	69,36 %	14,04 %	16,60 %
fachärztlich tätige Internisten	3,0159 %	—	—	—
davon Untergruppe 6	1,2730 % *)	—	—	—
Untergruppe 7	0,3100 %	—	—	—
Untergruppe 8	0,1583 %	—	—	—
hausärztlich tätige Kinderärzte	4,9156 %	74,30 %	4,04 %	21,66 %
fachärztlich tätige Kinderärzte	0,1299 %	—	—	—
Laborärzte	2,7295 %	—	—	—
Lungenärzte	1,1050 %	—	—	—
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,3576 %	—	—	—
Nervenärzte, alle Psycho- und Verhaltenstherapeuten	5,4562 %			
<b>davon Nervenärzte</b>	4,0752 %	<b>77,11 %</b>	<b>7,16 %</b>	15,73 %
Neurochirurgen	0,0385 %	—	—	—
Orthopäden	7,0796 %	66,28 %	26,17 %	7,55 %
Pathologen	0,5356 %	—	—	—
Radiologen	6,1300 %	—	—	—
Urologen	2,6314 %	55,32 %	12,00 %	32,68 %
Nuklearmediziner nur für Früherkennung	0,4407 %	—	—	—
ermächtigte Ärzte	0,0078 %	—	—	—
Institute/Krankenhäuser	0,9825 %	—	—	—
Polikliniken	0,3522 %	—	—	—
Notfallärzte	0,0201 %	—	—	—
<b>Allgemeinärzte/ prakt. Ärzte/Ärztin</b>	<b>23,2583 %</b>	<b>77,90 %</b>	<b>7,76 %</b>	<b>14,34 %</b>

\*) davon invasive Leistungen \*\*) 0,1088 %  
nicht invasive Leistungen 1,1642 %

\*\*) invasive Leistungen sind Leistungen nach den Nrn. 640, 641, 642, 645, 5120, 5121, 5122, 5125, 5130, 5131, 6003, 6011, 6012, 6013, 6014, 6016

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 rechtswirksame 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 „(Honorartöpfe)“ wird ab 1/98 quartalsweise durch den Vorstand der KV Nordrhein nach Anhörung des HVM-Ausschusses geprüft und für das Folgequartal entsprechend der Veränderung der

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

Arztzahl je Arztgruppe zum Basiszeitraum 1 und 2/96 in der Weise verändert, daß, getrennt nach Primär- und Ersatzkassen, das durchschnittliche Honorar je Arzt und Arztgruppe aus den Quartalen 1 und 2/96 für das abzurechnende Quartal angepaßt wird.

Ergibt die Addition dieser Beträge eine Über- oder Unterschreitung der nach § 6 Absatz 4 a) zu verteilenden Honorarsumme, erfolgt eine einheitliche Quotierung, um die Über- oder Unterschreitung auszugleichen.

Bei der Berechnung werden gem. § 32 b) Ärzte-ZV ganztags beschäftigte angestellte Ärzte mit 70 %, halbtags beschäftigte angestellte Ärzte und ermächtigte Krankenhausärzte mit 35 % berücksichtigt.

**Die Entscheidung über eine Anpassung verbleibt bei der Vertreterversammlung<sup>1)</sup>.**

**Bei nicht gesperrten Arztgruppen wird die Arztdynamisierung nicht zu Lasten der anderen Arztgruppen ausgeglichen<sup>1)</sup>.**

**Beim Wechsel des Versorgungsbereiches entsprechend § 7 Absatz 1 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung wird die durchschnittliche individuelle Vergütung der letzten vier Quartale der Ärztin/des Arztes zwischen den Honorarkontingenten transferiert. Die hausärztliche Grundvergütung nach § 8 des vorbezeichneten Vertrages ist hiervon ausgenommen<sup>1)</sup>.**

Für jeden von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und einem bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vertraglich vereinbarten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) wird durch den Vorstand ein eigener Honorartopf berechnet, wenn sich alle Mitglieder des jeweiligen Verbundes den Bedingungen des Netzverbundes und einer Honorarverteilung unter Zugrundelegung eines eigenen Topfes für die vernetzten Praxen unterworfen haben. Basis für die Topfbildung sind die Quartale 1 und 2/96 bezüglich der Honoraranteile, die die Mitglieder des jeweiligen Verbundes (§ 73 a SGB V) auf sich vereinigt haben, im Folgezeitraum verändert gemäß den übrigen Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Bildung von Honorartöpfen gem. § 6 Absatz 4 a) HVM. Die übrigen Honorartöpfe verändern sich entsprechend. Im Falle der Beendigung eines Vertrages nach § 73 a) SGB V sind die für die vernetzten Praxen gebildeten Honorartöpfe gemäß

den Anteilen der beteiligten Arztgruppen aufzuteilen.

- 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.
- 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 Abrech-

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

nung 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 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.
- 10) Erstattungsbeträge an den Arzt, die aus z.B. Kürzungsrücknahmen resultieren, errechnen sich unter Anwendung der arztindividuellen Punktwerte nach Primär- und Ersatzkassen.

## § 7

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

In Erfüllung der Vorschrift des § 85 Absatz 4 SGB V wird der Fallzahlzuwachs und 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 in Absatz 1) beschriebene Fallzahlzuwachsbegrenzung und/oder die in Absatz 2) aufgeführten Grenzwerte überschritten werden.

- 1) Der zulässige Fallzahlzuwachs eines Arztes beträgt (im Vergleich zum Vorjahresquartal)

für einen Arzt mit mehr als 110 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal 5 %.

Für einen Arzt mit mehr als 100 % und bis zu 110 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal ermittelt sich der Fallzahlzuwachs in % aus der Formel

$$60 - \frac{1}{2} \times \frac{\text{Behandlungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal} \times 100}{\text{durchschnittliche Behandlungsfallzahl der Fachgruppe}}$$

Einem Arzt mit weniger als 100 % der durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal wird ein Fallzahlzuwachs bis zur durchschnittlichen Behandlungsfallzahl der Fachgruppe zugestanden.

Abrechnungsscheine für Fälle im ärztlichen Notfalldienst (nicht Vertreterfälle) werden weder bei der Fallzahlberechnung noch bei der Berechnung des Fallzahlzuwachses berücksichtigt.

Überschreitet ein Arzt den für ihn geltenden Fallzahlzuwachs, wird die Zahl der Fälle, die die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe und den zulässigen Fallzahlzuwachs überschreiten, unterteilt in Primär- und Ersatzkassen, mit dem durchschnittlichen Fallwert des Arztes in Punkten multipliziert.

Die so ermittelten Punktzahlen werden mit den arztindividuellen Punktwerten multipliziert und das nach Durchführung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen und etwaiger Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannte Honorar (Leistungsbedarf in Punkten mal arztindividuellen Punktwerten) um diesen Betrag gemindert.

Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Abs. 4 a genannten Honoraropf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt.

- 1 a) Neu niedergelassene Ärzte werden für den Zeitraum von 20 Quartalen ab Datum der Niederlassung von der Fallzahlzuwachsbegrenzung ausgenommen.

Das Quartal der Niederlassung wird hierbei mitgezählt. Überschreitet der Arzt in dem der Berechnung zugrundeliegenden Vorjahresquartal die durchschnittliche Fallzahl seiner Fachgruppe





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

**Arztgruppe:  
Vertragsärzte/  
Krankenhaus-  
ärzte (KH)**

Untergruppe	Punktzahlengrenzwert (1,6-fach)
Neurochirurgen UG 1	2.030.409
UG 2 KH	710.643
Orthopäden UG 1	2.884.343
UG 2	3.388.913
UG 3 KH	1.186.120
Pathologen UG 1	2.030.409
UG 2	3.453.350
UG 3 KH	1.208.672
ärztl. Psycho- therapeuten UG 1	2.030.409
Radiologen UG 1	2.030.409
UG 2	4.392.484
UG 3	2.030.409
UG 4	4.208.631
UG 5 KH	1.537.369
Urologen UG 1	2.030.409
UG 2	2.030.409
UG 3 KH	861.883
UG 4	2.462.524
Nuklear- mediziner UG 1	5.667.454
Allgemein- mediziner/ Prakt. Ärzte/ Ärzte UG 1	2.030.409
UG 2	2.030.409
UG 3	2.030.409
UG 4	2.038.020
UG 5	2.231.260
UG 6	2.277.906
UG 7	2.643.555
UG 8	2.030.409
UG 9	2.164.047

- a) Wenn die nach Durchführung der Maßnahmen gemäß § 7 Abs. 1 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.

c) Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Abs. 4 a genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt.

3) a) Für fachgleiche Gemeinschaftspraxen gilt Abs. 2) 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 gem. § 32 b) Ärzte-ZV werden bei halbtags beschäftigten Ärzten 35 %, bei ganztags beschäftigten Ärzten 70 % vom durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Praxis je Arzt 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. 2) 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.

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

## § 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 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 Wegpauschale/ 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, 100, 150 und 152 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 **EBM** 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 I bis C VI, 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. 101, 102, 103, 104, 105, **106**, 107, 108, 118, 178, 191, 375, 376, 377, 378, **381**, **384**, 389, 398, 566, 601, 603, 604, 605,

606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 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, 718, 721, 722, 723, 725, 726, 728, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 815, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1585, 1587, 1588, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175

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 39 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 5222 (Computertomographie) EBM und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT-Untersuchungen) EBM mit 60% der Vergütungssätze,
  - f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5222 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.

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

- 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, 7 **und** 8 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,
  - 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 den Nrn. 28 und 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 regelmäßi-

gen 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. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet hierüber auf Anfrage die Krankenkassenverbände.

- 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 Pflegetag gezahlt. Die Primärkrankenkassen vergüten hierfür 60 Punkte. Die Abrechnung erfolgt durch Ansatz der Nr. 7200 EBM auf dem Abrechnungsschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

## § 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.

## 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) Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten), LDL-Apherese-Sachkosten sowie für Leistungen, für die Kosten vereinbart sind (z. B. Katarakt-Operationen), 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 Arztstz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrundegelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst (vgl. § 4 Abs. 3) ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näherliegenden Arztstz 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 zugrundelegen, 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 Nr. 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,

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

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 Kasenärztlichen Vereinigungen und den VdAK-Ortsausschüssen bleiben hiervon unberührt.
  - f) Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 7234 bis 7239, 7160 und 7161 berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche bzw. jenseits des Radius von 10 km.
- g) Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
  - h) Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
- 2) Folgende Wegepauschalen werden gezahlt:
    - Z 1 = 7234 Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr  
DM 6,20
    - Z 2 = 7235 Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr  
DM 12,40
    - Z 3 = 7236 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr  
DM 18,00
    - Z 1 = 7237 Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  
DM 12,40
    - Z 2 = 7238 Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  
DM 19,15
    - Z 3 = 7239 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  
DM 25,90
    - 7160 Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr  
DM 21,00
    - 7161 Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr  
DM 29,00
    - 7180 Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit

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

---

abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen DM 10,00

7181 Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 7180 DM 5,00

Die Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 können nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann. Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Vertragsarzt im Einzelfall delegiert worden sind.

Diese Leistungen sind neben den Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 berechnungsfähig.

## § 12 Inkrafttreten

*Die Änderungen des § 6 Absatz 4 a) treten zum 01.07.1997 in Kraft <sup>1)</sup>. Die übrigen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten zum 01.04.1998 in Kraft.*

**Die im Text fettgedruckten Passagen sind Änderungen aufgrund von Beschlüssen der Vertreterversammlung der KVNo vom 14.03.1998.**

<sup>1)</sup> **Die gekennzeichneten Passagen sind durch die in diesen Punkten fehlende Benennungsherstellung noch nicht rechtswirksam.**