

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Im Bereich der Bezirksstelle
Aachen:

Bewerbungsfrist:
3 Wochen

Kreis Heinsberg
Facharzt für Frauenheil-
kunde und Geburtshilfe
Chiffre-Nr. 199

Kreis Heinsberg
Praktischer Arzt
Chiffre-Nr. 200

Bewerbungen

richten Sie bitte innerhalb
der angegebenen Frist nach
Erscheinen dieser Veröffent-
lichung an die KV Nordrhein,
Bezirksstelle 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
09.06.1999 zu ihrer 10. Sit-
zung in der 11. Wahlperiode
zusammen. Die Sitzung be-
ginnt um 16.00 Uhr c.t. im
großen Sitzungssaal des
Ärztehauses Nordrhein, Sed-
anstr. 10-16 in Kön. Die Sit-
zung ist öffentlich.

§ 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) Die ärztlichen Leistungen werden, soweit in die-
sem Honorarverteilungsmaßstab nichts anderes be-
stimmt ist, nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabes
für vertragsärztliche Leistungen in der jeweils gülti-
gen Fassung bewertet (BMA bzw. EGO, im folgen-
den EBM genannt).

b) Kardiologie – nicht invasiv

Für fachärztlich tätige Internisten der Untergruppe
6 (Kardiologen) gelten mit Wirkung ab dem
01.01.1999 folgende Teilbudgets:

- Teilbudget Grundleistungskomplex
(EBM-Nrn. 10 – 60)
- Radiologisches Teilbudget (EBM-Nrn. 5010 – 5095,
5160)
- Kardiologisches Teilbudget (ohne die v.a. Teilbud-
gets und ohne Leistungen der Kap. B I, 2., B IV, B
V, B VI, **B IX**, O, Q II sowie die Leistungen nach
den Nrn. **202**, 609, 2815 – 2817, **8900**, **8901** und in-
vasive Leistungen nach den Nrn. **640**, **641**, **642**, **645**,
5120, ~~5121~~, 5122, ~~5125~~, ~~5130~~, ~~5131~~, 6003, ~~6011~~, ~~6012~~,
~~6013~~, ~~6014~~ und ~~6016~~)

Die Leistungen der v.g. Teilbudgets sind je Arztpra-
xis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquar-
tal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl be-
rechnungsfähig, deren Höhe sich aus dem Produkt
der Fallpunktzahl des jeweiligen Teilbudgets und der
budgetrelevanten Behandlungsfallzahl der Arztpra-
xis ergibt. Budgetrelevante Fälle sind alle kurativ-
ambulant behandelte Fälle, mit Ausnahme von
Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Kosten-
erstattungen des Kapitels U und/oder Behandlungsfälle,
in denen ausschließlich die Leistung nach Nr.
609 abgerechnet wurde.

Als Fallpunktzahl gelten für das

- Teilbudget Grundleistungskomplex 185 Punkte
- Teilbudget Radiologische Diagnostik 105 Punkte
- Teilbudget Kardiologie
 - bei einem Überweisungsanteil unter 80%
1.655 Punkte
 - bei einem Überweisungsanteil ab 80%
1.775 Punkte

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der zuletzt durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein am 17.04.99 geänderten Fassung vom 30.11.1996

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

§ 1

Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Vertei-
lung der Gesamtvergütung aller Primärkrankenkassen
incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bun-
desknappschaft sowie der Ersatzkassen, ohne Rücksicht
darauf, ob diese nach einem Pauschale oder nach Ein-
zelleistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die
Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen
(Fremdkassenfälle, Anteile überbezirklicher Kranken-
kassen).

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

c) Kardiologie – invasiv

Für die invasiv-kardiologischen Leistungen der fachärztlich tätigen Internisten der Untergruppe 6 (Kardiologen) wird das Punktzahlvolumen mit abgestaffelten Punktwerten vergütet.

Das Punktzahlvolumen für die ersten 300 Punkte an invasiven Leistungen je kurativ-ambulanten Fall werden mit einem Punktwert (PW= 2x) vergütet, der das Doppelte des Punktwertes (PW= 1x) für die nächsten 200 Punkte an invasiven Leistungen je Fall beträgt. Die jeweils weiteren 200 Punkte je Fall werden bis zu einer maximalen Gesamtpunktzahl von 1.100 Punkten an invasiven Leistungen je Fall mit einem jeweils um 50% reduzierten Punktwert (PW= 1/2x; 1/4x; 1/8x) vergütet. Alle darüber hinausgehenden Punktzahlen für invasive Leistungen je Fall werden mit dem wiederum hälftigen Punktwert (PW=1/16x) der letzten Stufe vergütet.

3) Radiologie/ Strahlentherapie

Die nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Arztgruppe der Radiologen zur Verfügung stehende anteilige Gesamtvergütung wird nach folgenden Grundsätzen verteilt:

1. Es werden Teilfallpunktzahlobergrenzen festgesetzt, bis zu deren Höhe Punktzahlanforderungen mit einem jeweils einheitlichen Punktwert vergütet werden.

2. Den einzelnen Punktzahlbereichen werden Fallzahlobergrenzen je Arzt zugeordnet. Die die Fallzahlobergrenze übersteigenden Fallzahlen werden mit einem jeweils verminderten Punktwert vergütet.

Die Teilfallpunktzahlen und die Höhe der Abstufung der Punktwerte nach Überschreitung der Fallzahlobergrenze ergeben sich aus der nachfolgenden Aufstellung:

Teilfallpunktzahlen pro Behandlungsfall	Punktwert	Fallzahlobergrenze je Arzt	Punktwert-abstufung in %
0 – 1.000	8,5 DPf.	2.100	80 %
1.001 – 2.000	7,5 DPf.	1.800	80 %
2.001 – 3.000	6,0 DPf.	1.500	80 %
ab 3.001	5,0 DPf.	1.200	80 %

3. Leistungen des Abschnitts T III (GO-Nr. 7019 bis 7031/Hochvolttherapie) werden mit dem Durchschnittspunktwert der Fachgruppe vergütet, der sich nach Abzug der jeweils fest zu vergütenden Leistungen des Abschnitts Q I Ziffer 4 (jedoch ohne Phlebographie) ergibt. Die sich auf diese Leistungen beziehenden Fall- und Punktzahlen bleiben für die Honorarabrechnung nach dem Punktzahl- und Staffelmodell außer Betracht.

4. Die Leistungen des Abschnitts Q I Ziffer 4 (GO-Nr. 5100 bis 5145/ Gefäße und Interventionelle Radiologie), jedoch ohne die GO-Nrn. 5140, 5141/ Phlebographie werden mit einem festen Punktwert von 8 Dpf vorab vergütet. Die sich auf diese Leistungen beziehenden Fall- und Punktzahlen bleiben für die Honorarabrechnung nach dem Punktzahl- und Staffelmodell außer Betracht.

5. Die Übereinstimmung der zur Verteilung kommenden Gesamtvergütung mit der sich aus diesem Modell ergebenden Honorarverteilung wird durch eine lineare Quotierung aller Punktwerte gewährleistet.

4) 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

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

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) 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. **Die für eigene Patienten im organisierten Notfalldienst abgerechneten Leistungen sind mit einer entsprechenden Markierung (z.B. einem Buchstaben) zu versehen, um so entsprechend dem EBM diese Leistungen außerhalb des Budgets abrechnen zu können.** 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

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

Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreter-scheine 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.

- 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 vertragsärztli-

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

chen 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 Honoraranpruch 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 Kassenzärztlichen 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 Kassenzärztlichen 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 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 Abrechnungsunterlagen des Arztes daraufhin, ob die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes beachtet wurden.

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) 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 **kassenübergreifend**.

- 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.

- i) Leistungen im organisierten Notdienst, bewertet mit einem Punktwert von 9,0 Pf.

- j) Vergütungen für Prävention, Impfleistungen und Methadon nach Maßgabe der hierüber mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen.**

- k) Polikliniken, für die eine rechtswirksame Fallzahlfestschreibung erfolgt ist**

- l) Übrige Polikliniken mit ihren anteiligen Werten des Jahres 1995 vom Anteil aller Polikliniken auf Basis der Quartale 1-2/96 (Durchschnitt)**

- m) Krankenhäuser/Institute mit ihrem individuellen Anteil auf Basis der Quartale 1-2/96 (Durchschnitt)**

- 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, **ohne Trennung nach Primär- und Ersatzkassen**, („Honorartöpfe“) verteilt:

Vertragskassen

Arztgruppen:	
Anaesthesisten	1,3541 %
Augenärzte	4,9550 %
Chirurgen	4,0497 %
Gynäkologen	7,7781 %
HNO-Ärzte	4,8555 %
Hautärzte	3,4186 %
hausärztlich tätige Internisten	14,0828 %
fachärztlich tätige Internisten	3,8366 %
davon Untergruppe 6	1,5851 % *)
Untergruppe 7	0,3833 %
Untergruppe 8	0,2134 %
hausärztlich tätige Kinderärzte	4,5198 %
fachärztlich tätige Kinderärzte	0,1110 %
Laborärzte	2,8143 %
Lungenärzte	1,2511 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,4123 %
Nervenärzte	4,0988 %
Neurochirurgen	0,0855 %
Orthopäden	7,5939 %
Pathologen	0,5628 %
Radiologen	6,7482 %
Urologen	2,8391 %

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

Nuklearmediziner	0,5312 %
Allgemeinärzte/ prakt. Ärzte/Ärztinnen	24,1015 %
Psychotherapeutische 1*)	
Leistungen aller Arztgruppen	

1*) Das für das Jahr 1999 zu vereinbarende höchstens zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen besteht aus dem für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 1996 aufgewendeten und um die nach § 85 Abs 3 SGB V für die Jahre 1997 und 1998 vereinbarten Veränderungen erhöhten Vergütungsvolumen und einem Ausgabenvolumen, das den im Jahr 1997 für psychotherapeutische Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung entrichteten Vergütungen entspricht, erhöht um 40 vom Hundert. Hierbei wird das aus dem Honorartopf der Nervenärzte vergütete Volumen für psychotherapeutische Leistungen auf dem Stand der zuletzt durchgeführten Arztzahldynamisierung dem Topf der Nervenärzte entnommen und den psychotherapeutischen Leistungen aller Arztgruppen hinzugefügt.

*) davon invasive Leistungen **) **0,1293 %**
nicht invasive Leistungen **1,4558 %**

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

Die neue Ermittlung der Honorartopfanteile bedeutet keinerlei Umverteilung; sie ist notwendig, um die sich aus dem GKV-Sol-Gesetz ergebenden Anpassungen für Präventions-, Impfleistungen, Methadon und psychotherapeutische Leistungen vorzunehmen und die Honorartöpfe auf dem letzten Stand der Arztzahldynamisierung (Quartal 2/98) festzuschreiben.

Bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Fach-/Untergruppen kann eine Anpassung des Budgets durch den Vorstand erfolgen.

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. *)

***) Regelung verliert mit Inkrafttreten der Laborreform ihre Gültigkeit.**

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) die sich aus der Berechnung mit 10 Pfg ergebende individuelle Punktzahl und die daraus resultierende 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 ver-

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

bindlich, 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 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 aufrechnungsfähig 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 (z.B. **Beendigung der Zulassung wg. Erreichens der Altersgrenze**, 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

Leistungsmengensteuerung

Um die Mengenentwicklung bei den ambulanten ärztlichen Leistungen zu steuern und um die Vorschriften des

§ 85 Abs. 4 SGB V zu erfüllen, gelten die folgenden Bestimmungen:

- 1) **Jede vertragsärztliche Praxis erhält ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert). Abrechnungspunktzahlen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht vergütet. Hiervon ausgenommen sind folgende Honoraranteile:**
- Leistungen im organisierten, ärztlichen Notfalldienst
 - Präventionsleistungen
 - Impfleistungen
 - Methadon-Leistungen (Nr. 202)
 - Psychotherapeutische Leistungen (Nrn. 855 bis 869 + Leistungen der Kap.G IV + G V)
 - Hausärztliche Grundvergütung
 - Sowie die übrigen Vorwegzahlungen gem. § 6 Abs. 3

Darüber hinaus werden von jedem individuellen Umsatz 3 % zurückgestellt für die Finanzierung neuer Praxen und des gem. Abs. 3 erlaubten Zuwachses.

- 2) **Der nach Abs. 1 verbleibende Honoraranteil einer jeden Praxis wird mit dem Faktor 10 multipliziert und ergibt das je Arzt bzw. je Praxis zulässige Punktzahlvolumen. Über das individuell ermittelte Punktzahlvolumen hinausgehend abgerechnete Punktzahlen werden nicht vergütet.**

Der feste Punktwert von 10 Pfg bedingt, gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung, ein sich quartalsweise änderndes individuelles Punktzahlvolumen je Arzt/Praxis. Die sich hieraus ergebende Quotierung ist fachgruppenbezogen entsprechend der Honorartöpfe vorzunehmen.

- 3) **Ein Punktzahlzuwachs ist nur möglich bei Praxen, die unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der jeweiligen Fach-/Untergruppe abrechnen. Der Zuwachs beträgt maximal 3 % bezogen auf das Vorjahresquartal; höchstens jedoch wird ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugestanden.**

Neue Praxen „übernehmen“ die Werte des Vorgängers, falls diese über dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert angesiedelt waren; ansonsten gilt auch hier ein erlaubtes Wachstum maximal bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert.

- 4) **Der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert je Arzt errechnet sich wie folgt: Die Summe der gem. Absatz 1 zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung je Fach-/Untergruppe multipliziert mit dem Faktor 10 und dividiert durch die Zahl der Ärzte dieser Fach-/Untergruppe im Be-**

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

messungszeitraum ergibt den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert je Arzt.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten folgende Werte:

Tabelle:

	durchschnittlicher Punktzahlengrenzwert
Anästhesisten	693.442
Augenärzte	828.580
Chirurgen	956.346
Gynäkologen	642.362
HNO-Ärzte	970.863
Hautärzte	865.081
Internisten, Hausärzte	753.100
Internisten, Fachärzte UG 7	1.017.368
Internisten, Fachärzte UG 8	1.104.155
Internisten, Fachärzte UG 0-5, 9	625.007
Kinderärzte, Hausärzte	703.389
Kinderärzte, Fachärzte	430.930
Laborärzte	3.738.203
Lungenärzte	1.216.334
MKG-Chirurgen	455.155
Nervenärzte	750.900
Neurochirurgen	516.750
Orthopäden	1.248.890
Pathologen	783.557
Urologen	878.100
Nuklearmediziner	2.199.098
Allgemeinärzte/Ärzte/prakt. Ärzte	634.724

5) Berücksichtigung der individuellen Honorar- und Fallzahlentwicklung

Die Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung ist begrenzt auf fachgruppeneinheitliche Absolutfallzahlen.

Die maximal anzurechnende Fallzahlzunahme je Vertragsarzt beträgt 2% der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe. Bei Vertragsärzten, die weniger als 21 Quartale niedergelassen sind, beträgt die maximal anzurechnende Fallzahlzunahme 4 % der Durchschnittsfallzahlen der Fachgruppe. Darüber hinausgehende Fälle werden nicht angerechnet.

Überschreitet der Vertragsarzt, der mehr als 20 Quartale niedergelassen ist, im Abrechnungsquartal seine höchste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erhöht sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um den Prozentsatz, um den die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschritten wurde, maximal aber um den Prozentsatz, um den der zulässige absolute Fallzahlzuwachs der Fachgruppe die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschreitet.

Überschreitet ein Vertragsarzt, der weniger als 20 Quartale niedergelassen ist, im Abrechnungsquartal seine höchste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erhöht sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um den Prozentsatz, um den die individuelle höchste Fallzahl im Bemessungszeitraum überschritten wurde. Innerhalb des ersten Niederlassungsjahres gelten die bereits abgerechneten Quartale als Bemessungszeitraum. Eine Beschränkung auf einen maximalen Prozentsatz, der sich aus dem zulässigen absoluten Fallzahlzuwachs der Fachgruppe ergibt, wird nicht vorgenommen, solange der Vertragsarzt die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe im Bemessungszeitraum nicht überschreitet.

Unterschreitet der Vertragsarzt im Abrechnungsquartal seine niedrigste anerkannte Fallzahl aus dem Bemessungszeitraum, so erniedrigt sich sein individuelles Quartals-Leistungsbudget im Abrechnungszeitraum um die Hälfte des Prozentsatzes, um den die individuelle niedrigste Fallzahl im Bemessungszeitraum unterschritten wurde.

- 6) Als Bemessungszeitraum gelten die Quartale 3/97 bis 2/98. Das individuelle Leistungsbudget gem. Abs. 1 wird aus den individuellen Umsätzen des Durchschnittes des Bemessungszeitraumes ermittelt.
- 7) Bei Ausscheiden eines vor dem 01.07.1998 angestellten Arztes gem. § 32 b) ZV-Ärzte werden für halbtags beschäftigte angestellte Ärzte 7/27 bzw. für ganztags beschäftigte angestellte Ärzte 7/17 von dem jeweils für die Praxis geltenden Punktzahlengrenzwert subtrahiert.
- 8) Neu niedergelassene Ärzte können bis zum Erreichen des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes für die Dauer von 20 Quartalen unbegrenzt wachsen, mindestens jedoch 3%.
- 9) Für neu ermächtigte Krankenhausärzte gelten die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte, multipliziert mit dem Faktor 0,35.
- 10) Für die Abgabe und Übernahme von Praxen, Gründung und Auflösung von Gemeinschaftspraxen, Wechsel der Fachgruppe und Festlegung von Individualwerten für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gelten Durchführungsbestimmungen, die der Vorstand der KV Nordrhein nach Beratung im HVM-Ausschuß erläßt.
- 11) In Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gilt darüber hinaus, daß die individuellen Werte aufgrund von Plausibilitätsprüfungen oder anderen Maßnahmen angepaßt werden können.

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 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, ~~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. ~~100~~, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, ~~152~~, 178, 191, 375, 376, 377, 378, ~~379~~, 381, 384, ~~388~~, 389, ~~398~~, ~~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, ~~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. ~~5151~~, 5210 bis ~~5222~~ ~~5221~~ (Computertomographie) ~~EBM und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT Untersuchungen)~~ EBM mit 60% der Vergütungssätze,
 - f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis ~~5222~~ ~~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

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

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, **wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungsleistung der Nr. 5 erfüllt sind**, 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 EBMsowie 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. 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 Pflage tag 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 Pflage tage.

§ 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), 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.

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

- 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 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 Arzt-sitz 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

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

- 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 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 | |
| | Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr | DM 18,00 | |
| | Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr | DM 12,40 | |
| | 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 | |
| | 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

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

delegiert worden sind.

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

Ausnahmeregelung

Da die Auswirkungen dieses Honorarverteilungsmastabes nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand im Falle offenkundiger Fehlerberechnungen beauftragt, ggf. angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Honorarauswirkungen im Einzelfall oder auf der Ebene der Arztgruppe zu verhindern oder abzuschwächen, soweit es sich nicht um von Ärzten zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand im Einvernehmen mit dem HVM-Ausschuß; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung hierüber. Der Vorstand wird die Konsultationsfrequenz (GO-Nr. 2 EBM) der einzelnen Fachgruppe beobachten und im Falle gravierender Veränderungen der VV Vorschläge für eine Anpassung der Fachgruppentöpfe unterbreiten.

§ 12 Inkrafttreten

Die durch die Änderung des EBM bedingten Änderungen in § 2 Abs. 2b) und § 6 Abs. 4a), Anmerkung**), treten zum 01.04.1999 in Kraft. Die Regelungen in § 2 Abs. 2c), § 2 Abs. 3 sowie die Änderungen des § 6, mit Ausnahme der aufgrund des GKV-Sol.-Gesetzes erforderlichen Änderungen in Abs. 3 j) und Absatz 4 a) - Anpassung der Honorartöpfe -, § 7 und § 8 treten zum 01.07.99 in Kraft. Die Änderung des § 6 Abs. 3 j) und die in § 6 Absatz 4a) vorgenommene Anpassung der Honorartöpfe sowie die übrigen Änderungen treten zum 01. Januar 1999 in Kraft.

*Ausgefertigt, Düsseldorf, den 20.04.1999
Gezeichnet*

*Dr. Winkler
Vorsitzender der Vertreterversammlung*