

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

Stadt Köln  
Praktischer Arzt  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 103/99

**Bewerbungen**

richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Fristen an die KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln, Tel.: 0221/77 63 - 194.

**Im Bereich des Zulassungsausschusses Duisburg:**

**Bewerbungsfrist:**

**Bis 07.09.1999**

**(Posteingangsstempel)**

Stadt Essen  
Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 89/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt  
(Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis)  
Chiffre-Nr. 91/99

Stadt Oberhausen  
Facharzt für Innere Medizin (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 92/99

**Bewerbungsfrist:**

**Bis 21.09.1999**

**(Posteingangsstempel)**

Kreis Wesel  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ambulante Operationen erwünscht) (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 86/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 87/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Chirurgie - Unfallchirurgie - Die

Voraussetzung für das Durchgangsarztverfahren muß erfüllt werden.  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 88/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt  
(Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 93/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Augenheilkunde (Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis)  
Chiffre-Nr. 94/99

Stadt Duisburg  
Facharzt für Allgemeinmedizin (Einzelpraxis)  
Chiffre-Nr. 95/99

**Bewerbungen**

richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Fristen an die KV Nordrhein, Zulassungsausschuß für Ärzte Duisburg, Mülheimer Straße 66, 47057 Duisburg.

**Im Bereich der Bezirksstelle Aachen:**

**Bewerbungsfrist:**

**2 Wochen**

Kreis Aachen  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Chiffre-Nr. 208

**Bewerbungen**

richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Frist nach Erscheinen dieser Veröffentlichung an die KV Nordrhein, Bezirksstelle Aachen, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen, Tel.: 0241/75 09 - 180.

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

**Honorarverteilungsmaßstab  
der Kassenärztlichen Vereinigung  
Nordrhein in der  
zuletzt durch die Beschlüsse  
der Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Vereinigung  
Nordrhein am 17.04.99  
und 07.08.99 geänderten Fassung  
vom 30.11.1996  
(auszugsweise)**

**§ 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.

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

- 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 **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. **Dabei sind die Kosten gem. EBM für die Laboranalytik aus den jeweiligen Fachgruppentöpfen vorweg zu berücksichtigen.**

### 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 %
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. 5120, 5122 und 6003

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

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

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 verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen

ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist.

Bis dahin ist eine nachträgliche Korrektur des Abrechnungsbescheides (Berichtigung der Abrechnung und Verrechnung) zulässig. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Die Bestimmung des § 5 gilt entsprechend.

- 8) Von der Zahlung an die Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung der KV-Nordrhein beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht. Auf das Vierteljahreshonorar erhalten Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung 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 (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 **ambulant** ärztlichen Leistungen zu steuern und um die Vorschriften 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

§ 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
- **Kostenanteil des Umsatzes für Laborleistungen in Höhe von 41,4 % für O I/O II- und 87,3 % für O III-Leistungen**

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 Bemessungszeitraum ergibt den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert je Arzt.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten folgende Werte:

**Tabelle:**

	<b>durchschnittlicher Punktzahlengrenzwert</b>
<b>Anästhesisten</b>	<b>692.598</b>
<b>Augenärzte</b>	<b>828.553</b>
<b>Chirurgen</b>	<b>955.273</b>
<b>Gynäkologen</b>	<b>596.255</b>
<b>HNO-Ärzte</b>	<b>969.311</b>
<b>Hautärzte</b>	<b>806.370</b>
<b>Internisten, Hausärzte</b>	<b>722.473</b>
<b>Internisten, Fachärzte UG 7</b>	<b>1.001.455</b>
<b>Internisten, Fachärzte UG 8</b>	<b>717.334</b>
<b>Internisten, Fachärzte UG 0-5, 9</b>	<b>510.462</b>
<b>Kinderärzte, Hausärzte</b>	<b>692.470</b>
<b>Kinderärzte, Fachärzte</b>	<b>419.138</b>
<b>Laborärzte</b>	<b>586.489</b>
<b>Lungenärzte</b>	<b>1.087.385</b>
<b>MKG-Chirurgen</b>	<b>455.133</b>
<b>Nervenärzte</b>	<b>750.276</b>
<b>Neurochirurgen</b>	<b>516.419</b>
<b>Orthopäden</b>	<b>1.247.349</b>
<b>Pathologen</b>	<b>783.338</b>
<b>Urologen</b>	<b>743.898</b>
<b>Nuklearmediziner</b>	<b>1.790.617</b>
<b>Allgemeinärzte/Ärzte/prakt. Ärzte</b>	<b>612.066</b>

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

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

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) In Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gilt darüber hinaus, daß die individuellen Werte aufgrund von Plausibilitätsprüfungen oder anderen Maßnahmen angepaßt werden können.

## § 7 a

### Sonderregelungen

- 1) **Bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Untergruppen wird das durchschnittliche arzt-/praxisindividuelle Honorar ohne Hausarztzuschale, Kosten, Honorar für die Tätigkeit im ON, für Präventions-/Impfleistungen, Methadon-Leistungen (Nr. 202 EBM) und psychotherapeutische Leistungen aus den Quartalen 3/97 bis 2/98 derjenigen Untergruppe entnommen, der der Arzt/die Praxis zuletzt zugeordnet war und derjenigen Untergruppe zugefügt, in die gewechselt wird.**
- 2) **Ermittlung des Individualbudgets**  
Für die Zugrundelegung des Individualbudgets gilt das zum Zeitpunkt der Honorarverteilung anerkannte Honorar aus dem Bemessungszeitraum (Quartale 3-4/97 und 1-2/98). Bei der Ermittlung des anerkannten Honorars ist der praxisindividuelle Umsatz der o.g. Quartale um folgende Anteile zu bereinigen:
  - Vorquartalsberichtigungen der Bezugsquartale 3-4/97 und 1-2/98
  - Hausärztliche Grundvergütung
  - Präventionsleistungen
  - Impfleistungen
  - Methadon-Leistungen (Nr. 202)
  - Leistungen im organisierten, ärztlichen Notfalldienst
  - Psychotherapeutische Leistungen
  - Förderbeträge (AOK, BKK, IKK)
  - Förderbeträge ambulantes Operieren (0,45 %)
  - alle DM Leistungen wie z.B. Kosten/Wege, Zusatzvereinbarungen etc.
- 3) **Sollte sich während der Honorarverteilung herausstellen, daß die zurückgestellten 3 % zur Finanzierung neuer Praxen und des gemäß Abs. 3 erlaubten Zuwachses nicht ausreichen werden, ist der Differenzbetrag durch eine lineare Quotierung über alle Arztgruppen zu finanzieren.**
- 4) **Betrachtung von Gemeinschaftspraxen**
  - a) **Bei der Bildung von Gemeinschaftspraxen im Bemessungszeitraum oder vor Inkrafttreten dieses HVM, nicht jedoch vor dem Quartal 3/97, werden die Werte der sich zusammenschließenden Ärzte addiert. Ist bei der Bildung einer Gemeinschaftspraxis ein neuer Arzt beteiligt, geht er mit dem fachgruppenspezifischen Durchschnitt in das praxisindividuelle Punktzahlvolumen ein. Bei neuen Ärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen werden die Werte der betreffenden Fachgebiete arithmetisch gemittelt. Bei Ärzten, die im Bemessungszeitraum noch keine vier vollen Quartale niedergelassen waren,**

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

können die bereits abgerechneten Quartale hochgerechnet werden.

- b) Beim Zusammenschluß zwischen einem Kardiologen (Untergruppe 6) und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet ist der Zusammenschluß so zu regeln, daß die neue Gemeinschaftspraxis dem Individualbudget unterliegt.
  - c) Beim Zusammenschluß zwischen einem Radiologen und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet ist der Zusammenschluß so zu regeln, daß die neue Gemeinschaftspraxis dem Individualbudget unterliegt.
  - d) Bei Auflösung einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis im oder nach dem Bemessungszeitraum werden die Werte der ehemaligen Gemeinschaftspraxis durch die Anzahl der ehemaligen Praxispartner dividiert, sofern keine einvernehmliche Regelung über eine andere Aufteilung zustande kommt. Die so ermittelten Anteile sind bei der Berechnung des durchschnittlichen Umsatzes des Einzelnen im Bemessungszeitraum entsprechend zu berücksichtigen.
  - e) Bei Auflösung einer fachübergreifenden bzw. Honoraropf-übergreifenden Gemeinschaftspraxis (ohne Kardiologen und ohne Radiologen) im oder nach dem Bemessungszeitraum werden, sofern keine einvernehmliche Regelung zwischen den ehemaligen Praxispartnern zustande kommt, die quartalsbezogenen Werte der ehemaligen Gemeinschaftspraxis in dem Verhältnis aufgeteilt, welches sich bei Betrachtung der Durchschnittswerte der betreffenden Arztgruppen nach der Tabelle nach § 7 Absatz 4 ergibt.
- 3) **Wechsel der Arzt-/Untergruppe**  
Beim Wechsel der Arzt-/Untergruppe behält die Praxis ihr auf Basis des Bemessungszeitraumes ermitteltes Individualbudget. Die Größe der betreffenden Honoraröpfe ändert sich nicht, außer bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Untergruppen.
- 4) **Festlegung von Individualwerten**  
Bei Ärzten/Praxen, deren (durchschnittliche) Niederlassungsdauer am 30.06.1999 weniger als 21 Quartale beträgt, können auf Antrag die durchschnittlichen, anerkannten Werte aus bis zu vier aufeinanderfolgenden Quartalen vor Inkrafttreten dieses HVM, nicht jedoch vor 3/97 zugrunde gelegt werden.
- 5) **Anpassung der Individualwerte**
  - a) Bei der Bemessung des Individualbudgets können auf Antrag z.B. rechtskräftige Kürzungsrücknahmen aus WP/Plausi oder Aufhebung von Kürzungen nach § 7 HVM, die den Bemessungszeitraum betreffen, geltend gemacht werden. Dem Antrag sind die entsprechenden Belege beizufügen
  - b) Bei Ärzten, die innerhalb des Bemessungszeitraumes „Kostenerstattung“ praktiziert haben (z.B. Operation Phoenix), können für die Ermittlung der Individualwerte auf Antrag die Quartale 3 und 4/97 als Bemessungszeitraum zugrunde gelegt werden. Sollten die Quartalswerte aus 3 und 4/97 zu gering bemessen sein, können auf besonderen Antrag auch die Quartale 1 und 2/97 als Basis herangezogen werden. Die jeweiligen Werte sind mit einer vom HVM-Ausschuß im Einzelfall festzulegenden, individuellen Quote zu belegen.
  - c) **Regelung für Job-sharing-Praxen ohne Kardiologen und ohne Radiologen**  
Sofern in einem Quartal des Bemessungszeitraumes kein angestellter Arzt in der Praxis tätig war, werden die Individualbudgets der Praxis in diesem Quartal um 3 % gesteigert. Die gesteigerten Werte gehen in die Durchschnittsberechnung ein. Ein Jahresausgleich entfällt.
  - d) In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag aus Sicherstellungsgründen Zuschläge auf den individuellen Punktzahlengrenzwert des Arztes/der Praxis bewilligen, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen. Hierzu zählen insbesondere Veränderungen
    - in der vertragsärztlichen Versorgung in unmittelbarem Umfeld der Arztpraxis (z.B. durch Praxisaufgaben, Erlöschen von Ermächtigungen von Krankenhausärzten),
    - in der Verteilung der Leistungserbringung innerhalb einer Arzt-/Untergruppe (Konzentration von Leistungen auf eine gegenüber dem Bemessungszeitraum geringere Erbringerzahl),die dazu führen, daß der Punktzahlengrenzwert aus dem Bemessungszeitraum der nachweislich veränderten Leistungsmenge nicht angemessen ist.  
(Die geltend gemachten Auswirkungen sind im konkreten Einzelfall anhand der Abrechnungstatistiken nachzuweisen.)
  - e) Bei Ausscheiden eines zugelassenen Assistenten darf die Reduzierung des Punktzahlengrenzwertes der Praxis nach den Vorgaben des § 7 Absatz 7 HVM nicht dazu führen, daß, wenn Praxen diesen Maximalwert in der Vergangenheit nicht erreicht haben, durch Anwendung der Berechnungsformel ein ungerechtfertigt niedriger Punktzahlengrenzwert für den verbleibenden Arzt resultiert. Der Vorstand kann nach Anhörung des HVM-Ausschusses auf Antrag eine im Einzelfall von der Regelung des § 7 Absatz 7 HVM abweichende, angemessene Regelung beschließen.

.....  
**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) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses HVM die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand nach Anhörung des HVM-Ausschusses im Einzelfall zu beschließen.**

**§ 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 09.08.1999*

*Gezeichnet*

*Dr. Winkler*

*Vorsitzender der Vertreterversammlung*