

**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  
vom 17.04.1999 in der Fassung  
vom 05.05.2001**

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 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 (Fremdkassenfälle, 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).
- § 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
  - 2) Nicht abrechnungsfähig sind darüber hinaus
    - a) fachfremde Leistungen, außer bei einer Notfallbehandlung (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte).
    - b) Leistungen außerhalb des räumlichen Bereiches, in dem der Vertragsarzt tätig werden darf.
    - c) 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)).
    - d) Leistungen, für die eine gesetzliche oder gesamtvertraglich vorgeschriebene Genehmigung nicht erteilt worden ist.
    - e) 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.
    - 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 Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen
    - k) Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrage der Berufsgenossenschaften
    - l) Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter
    - 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

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 berechnungsfähig, 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 Behandlungszeitraumes 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 ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Nummer des EBM einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

Die Verwendung von Aufklebern, Stempeln und anderen Aufdrucken, mit denen katalogartig Diagnosen und/oder Leistungspositionen des EBM auf die Abrechnungsbelege (Krankenscheine, Überweisungsscheine usw. ...) aufgebracht werden, auch wenn im Einzelfall durch Kennzeichnung besondere Diagnosen und/oder Leistungspositionen ausgewählt werden, ist für die Abrechnung 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.

Bei mittels EDV abrechnenden, niedergelassenen Ärzten sind die Abrechnungs-, Überweisungs- und Notfall-/Vertreterscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen. Bei mittels EDV abrechnenden ermächtigten Krankenhausärzten, Krankenhäusern und anderen ermächtigten Institutionen wie Polikliniken, die 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.

Voraussetzung für die Abrechnung von „In-vitro-Fertilisation“ (IVF-Leistungen) ist, dass der Name des Ehepartners auf dem Behandlungs-/Überweisungsschein des jeweiligen Patienten angegeben wird.

Bei ambulant durchgeführten Anästhesien ist der Behandlungsort vom Anästhesisten anzugeben.

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

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

- 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 („Definitions-auftrag“) oder auf denen eine Indikation mit Empfehlung der Methode angegeben sind („Indikationsauftrag“), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung der Auftragsleistungen gemäß § 24 Abs. 7 Punkt 1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Punkt 1 EKV 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 „Mitbehandlung“ gekennzeichnet ist, berechtigen zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen.
  - d) Überweisungsscheine, auf denen „Weiterbehandlung“ gekennzeichnet ist, berechtigen zur gesamten diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit.
  - e) 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.
  - f) 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 jeweils geltenden Vereinbarung über die Ausübung von tiefenpsychologisch fundierter und/oder analytischer Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung 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 vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, abgeschlossen. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer 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:

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

- a) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
- b) Von dem anerkannten Honoraranspruch 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 Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abrechne, versichere ich, dass die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.“*

Bei der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst

*„Ich versichere hiermit, die am ...../ an folgenden Tagen ..... auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechneten Leistungen selbst oder durch meinen Vertreter als Leistungen im organisierten Notfalldienst zwischen der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erbracht zu haben.“*

- 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 Kassenärztlichen 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) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung (IVF) folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, dass die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht und nicht mit dem Ziel einer Durchführung von ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) ausgeführt worden sind.“*

- 13) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung spezieller Laborleistungen gem. Kapitel O III bzw. B IX/ B X folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

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

*„Hiermit bestätige ich, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Kapitel O III bzw. entsprechende aus den Kapiteln B IX und/oder B X EBM von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) aus- und durchgeführt wurden.“*

- 14) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung hausärztlicher Leistungen in einer versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, dass diejenigen von der Gemeinschaftspraxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen des EBM, die nur von Hausärzten durchgeführt werden dürfen, ausschließlich von dem/den der Gemeinschaftspraxis angehörenden Hausarzt/-ärzten erbracht wurden.“*

- 15) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung der Nrn. 63 bis 69 EBM folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen, die nachfolgend eine Beobachtung und Betreuung nach den Nrn. 63 bis 69 erforderlich machen oder an der Beobachtung und Betreuung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt haben, von mir mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach nur ich allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne.“*

- 16) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der zugelassene Vertragsarzt sowie der gemäß § 31 ZV-Ärzte ermächtigte niedergelassene Arzt bei der Abrechnung von Kosten gem A I.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM folgende Erklärung auf Vordruck abzugeben:

*„Ich erkläre, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gem. A I.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KBV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere weiterhin, dass ggfs. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.“*

- 17) Zur vorläufigen Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche können fällige Honoraranforderungen mit Zustimmung des Vorstandes der KVNordrhein in angemessener Höhe einbehalten werden.

## § 5

### Sachliche und rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die Abrechnungunterlagen des Arztes.
- 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.

## § 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
  - b) den Gesamtvergütungen der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen
  - c) den Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle)
- 2) entfällt
- 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) pauschale Kostenerstattung für Dialysebehandlung an niedergelassene Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Institute entsprechend den mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen

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

- e) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben, sofern sie nicht aus den Honorartöpfen gem. § 6 Abs. 5 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) Leistungen im organisierten Notdienst, bewertet mit einem Punktwert von 9,0 Pf.
  - i) Vergütungen für Prävention und Methadon nach Maßgabe der hierüber mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen
  - j) Polikliniken, für die eine rechtswirksame Fallzahlfestschreibung erfolgt ist
  - k) übrige Polikliniken mit ihren anteiligen Werten des Jahres 1995 vom Anteil aller Polikliniken auf Basis der Quartale 1-2/96 (Durchschnitt)
  - l) Krankenhäuser/Institute mit ihrem Anteil auf Basis (Durchschnitt) der Quartale 1-4/2000
  - m) Sondervereinbarungen
  - n) Impfleistungen, bewertet mit einem Punktwert von 7,0 Pf.
- 4) Von dem nach Abzug dieser Vorwegzahlungen gem. Abs. 3 für Primär- bzw. Ersatzkassen verbleibenden Gesamtvergütungsbetrag werden nach der Richtlinie des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 entsprechend § 85 Abs. 4a SGB V vorweg abgezogen:
- a) Laborleistungen auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug der Präventions- und Methadon-Leistungen – getrennt nach haus- und fachärztlichem Anteil - sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-2/99
  - b) Honorarvolumen der Hausärztlichen Grundvergütung %ual auf Basis der Quartale 1-4/99 an der Gesamtvergütung nach Abzug der übrigen Vorwegzahlungen gem. § 6 Absatz 3 HVM
  - c) Leistungen, die nach Maßgabe des § 6 des Hausarztvertrages in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden (sog. K.O.-Leistungen), auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug der Präventions- und Methadon-Leistungen sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-4/99
  - d) Psychotherapie-Honorarvolumen %ual auf Basis der Quartale 1-4/99 getrennt nach haus- und fachärztlichem Anteil. Anteilig hinzugefügt wird das aus dem Honorartopf der Nervenärzte vergütete Volumen für psychothera-

peutische Leistungen auf dem Stand der zuletzt durchgeführten Arztzahldynamisierung.

- 5) a) Das nach Abzug der weiteren Vorwegzahlungen gem. Abs. 4 verbleibende trennungsrelevante Honorarvolumen verteilt sich entsprechend der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütungen gem. § 85 Abs. 4a SGB V (GKV-GR 2000) in einen haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich.

Der auf den fachärztlichen Versorgungsbereich für Primär- bzw. Ersatzkassen entfallende Anteil wird getrennt für die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt ("Honorartöpfe") und wird zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten, nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes berechtigten Honoraranforderung, ohne Trennung nach Primär- und Ersatzkassen, verteilt.

Die Kosten gem. EBM für die Laboranalytik sind aus dem Hausarzttopf und aus den jeweiligen fachärztlichen Honorartöpfen vorweg in Abzug zu bringen.

Nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmung ergeben sich auf Basis des 4. Quartals 2000 für das Quartal III/2001 die nachstehenden Werte, die ggfs. für Anschlusszeiträume nach der dargestellten abstrakten Regelung neu zu bestimmen sind.

### Vertragskassen

Arztgruppen Fachärzte:	
Anaesthesisten	2,7889%
Augenärzte	8,6754%
Chirurgen	7,0084%
Gynäkologen	13,4375%
HNO-Ärzte	8,1096%
Hautärzte	5,7895%
FÄ Internisten UG A, B, C, 9	3,0915%
FÄ Internisten UG 6	2,8024%
FÄ Internisten UG 7	0,6922%
FÄ Internisten UG 8	0,4000%
Laborärzte	4,8825%
Lungenärzte	2,1824%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,7338%
Nervenärzte	7,3547%
Neurochirurgen	0,2164%
Orthopäden	12,9347%
Pathologen	0,9833%
Radiologen/Strahlentherapie und	
Nuklearmedizin	13,0354%
Urologen	4,8814%

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

Die gem. § 6 Absätze 3 b), c), d), h), i), m), n) und Absatz 4 HVM erfolgten Vorwegabzüge werden anteilig dem hausärztlichen bzw. dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugerechnet, wobei die hausärztliche Grundvergütung ausschließlich dem hausärztlichen Bereich und die Leistungen, die nach Maßgabe des § 6 des Hausarztvertrages in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden (sog. K.O.-Leistungen), ausschließlich dem fachärztlichen Bereich zugeschlagen werden.

Gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses findet die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels ab dem 01. Januar 2000 quartalsweise statt.

Erfolgt ein Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Die Vergütung für die hausärztliche Grundvergütung verbleibt immer im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Bei einem Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich ist das zu transferierende Honorarvolumen derjenigen Facharzt(unter)gruppe zuzuführen, in die gewechselt wird. Dies gilt entsprechend bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Facharzt(unter)gruppen.

Innerhalb des hausärztlichen Bereiches werden vorab vergütet:

- die hausärztliche Grundvergütung mit einem Punktwert von 9,5 Pf
- Methadon-Leistungen mit dem vertraglich vereinbarten Punktwert
- Präventionsleistungen mit dem vertraglich vereinbarten Punktwert
- Impfleistungen mit einem Punktwert von 7,0 Pf
- Psychotherapeutische Leistungen
  - bei einem Anteil von mindestens 90 % (Basis: Vorquartal - ohne Notfälle) mit einem Mindestpunktwert.

Der festgelegte Mindestpunktwert von 7,6672 Pf gilt nur für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Arzt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten.

Ärzte für psychotherapeutische Medizin werden der Leistungsgruppe der 90 % G IV-Leistungserbringer zugeordnet, auch wenn sie ei-

ne weitere Zulassung etwa als Arzt für Psychiatrie haben, wobei dies nur gilt, wenn sie – vorbehaltlich einer weiteren Prüfung – maximal 60 Fälle (ohne Notfälle) abrechnen.

- bei einem Anteil von weniger als 90 % (Basis: Vorquartal) mit dem sich rechnerisch ergebenden Rest-Punktwert Psychotherapie
- Sog. K.O.-Leistungen zu Lasten des fachärztlichen Honorarvolumens
- Sondervereinbarungen
- Kosten

Innerhalb des fachärztlichen Bereiches werden vorab vergütet:

- Methadon-Leistungen mit dem vertraglich vereinbarten Punktwert
- Präventionsleistungen mit dem vertraglich vereinbarten Punktwert
- Impfleistungen mit einem Punktwert von 7,0 Pf
- Psychotherapeutische Leistungen
  - bei einem Anteil von mindestens 90 % (Basis: Vorquartal – ohne Notfälle) mit einem Mindestpunktwert

Der festgelegte Mindestpunktwert von 7,6672 Pf gilt nur für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Arzt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten.

Ärzte für psychotherapeutische Medizin werden der Leistungsgruppe der 90 % G IV-Leistungserbringer zugeordnet, auch wenn sie eine weitere Zulassung etwa als Arzt für Psychiatrie haben, wobei dies nur gilt, wenn sie – vorbehaltlich einer weiteren Prüfung – maximal 60 Fälle (ohne Notfälle) abrechnen.

- bei einem Anteil von weniger als 90 % (Basis: Vorquartal) mit dem sich rechnerisch ergebenden Rest-Punktwert Psychotherapie
- sog. K.O.-Leistungen zu Gunsten des hausärztlichen Honorarvolumens
- die anerkannten Leistungen der in Absatz 5 nicht genannten Arztgruppen, die unter Vernachlässigung der Regelung nach § 7 bzw. 7 a) HVM mit dem rechnerischen Durchschnittspunktwert der Fachärzte bewertet werden. Dieser rechnerische durchschnittliche Punktwert errechnet sich aus der Division des fachärztlichen Anteils an der Gesamtvergütung, die gem. § 6 Absatz 5 zur Verfügung steht, durch den anerkannten Leistungsbedarf ohne Anwendung der Begrenzung der Punktzahlen nach § 7 HVM.
- Sondervereinbarungen
- Kosten

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

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) kann durch den Vorstand ein eigener Honorartopf berechnet werden, 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 5 HVM. Die 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) Die Verteilung der Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen bestimmt sich ohne Trennung nach den einzelnen Versicherungsträgern ebenfalls nach den Vorschriften des Abs. a).
  - c) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.
- 6) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.
- 7) 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 Pf ergebende individuelle Punktzahl und die daraus resultierende Gutschrift – sofern Individualbudget -
  - 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
  - h) Einbehalte zur vorläufigen Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen
- 8) 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. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten.  
Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.
- 9) 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.
- 10) 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 ge-



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

samtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

- 11) Als allgemeine Durchschnittspunktwerte werden jeweils für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich je Quartal Punktwerte ermittelt, die sich aus der Gegenüberstellung der angeforderten Leistungen und dem hierfür zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsanteil, jeweils bereinigt um die Vorabzüge gemäß § 6 Abs. 3, mit Ausnahme der Buchstaben h) und n) ergibt. Bei der Ermittlung dieser Durchschnittspunktwerte sind die auf die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit einem festen Punktwert entfallenden Vergütungsanteile und die ihnen entsprechende Leistungsmenge herauszurechnen. Die so jeweils ermittelten Punktwerte werden bei der Beurteilung des Honorargeschehens sowie ggf. bei Nachvergütungen zugrundegelegt, die vorzunehmen sind, falls Bestimmungen dieses HVM ganz oder teilweise für unwirksam erklärt werden.

## § 7

### Individualbudget / Übermäßige Ausdehnung

Nach Maßgabe des § 85 Abs. 4 SGB V gelten die folgenden Bestimmungen:

- 1) Jede vertragsärztliche Praxis erhält ein individuelles Leistungsbudget (Punktzahlengrenzwert), mit Ausnahme von Pathologen der Arztgruppe 47. Abrechnungspunktzahlen, die diese Grenze überschreiten, werden nicht vergütet. Nicht dem Individualbudget unterliegen:
- Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst
  - Präventionsleistungen
  - Impfleistungen
  - Methadon-Leistungen
  - Psychotherapeutische Leistungen
  - Hausärztliche Grundvergütung
  - Förderbeträge (AOK, BKK, IKK)
  - Förderbeträge ambulantes Operieren (0,45%)
  - Vorquartalsberichtigungen der jeweiligen Bezugsquartale
  - sowie die übrigen Vorwegzahlungen gem. § 6 Abs. 3
  - Kostenanteil des Umsatzes für Laborleistungen in den Bezugsquartalen bis einschließlich 2/99 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 % für die Finanzierung des gem. Abs. 3

erlaubten Zuwachses innerhalb der jeweiligen Fach-/Untergruppe zurückgestellt.

Unabhängig davon erfolgt eine solidarische Finanzierung neuer Praxen (Neuniederlassungen ab dem 01.01.2001) im fachärztlichen Versorgungsbereich. Das anerkannte Leistungsvolumen dieser Praxen, bewertet mit Pf 10,0 wird dem Vergütungsanteil der dem Individualbudget unterliegenden Fach-/Untergruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich gegenübergestellt. Mit dem sich hieraus insgesamt ergebenden Prozentsatz – höchstens jedoch 3 % - wird aus jedem Fachgruppentopf ein Betrag zur Finanzierung der ab 01.01.2001 neu niedergelassenen Praxen entnommen. Der nicht solidarisch finanzierte Zuwachs neuer Praxen sowie die Individualbudgets und die erlaubten Zuwächse bei Übernahme von Praxen gehen zu Lasten der Quote der jeweiligen Fach-/Untergruppe.

Die Finanzierung neuer Praxen im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt zu Lasten der Quote aller Hausärzte.

- 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 Pf bedingt, gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung, ein sich quartalsweise änderndes individuelles Punktzahlvolumen je Arzt/Praxis. Zur Berücksichtigung, dass Primär- und Ersatzkassen unterschiedlich hohe Anteile in die Honorarverteilung einbringen, werden praxisindividuelle Verteilungspunktwerte ermittelt und angewendet. Es ergeben sich von 10 Pf abweichende praxisindividuelle Punktwerte nach Primär- und Ersatzkassen. 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 jährlich maximal 3 % bezogen auf das maximal abrechenbare Punktzahlvolumen aus dem Bemessungszeitraum; höchstens jedoch wird ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugestanden.

Bei Praxisübernahmen werden die Werte des Vorgängers übernommen.

# 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) 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>Arztgruppe</b>	<b>durchschnittlicher Punktzahlengrenzwert</b>
Anästhesisten	692.598
Augenärzte	828.553
Chirurgen	955.273
Gynäkologen	596.255
HNO-Ärzte	969.311
Hautärzte	806.370
Internisten, Hausärzte	722.473
Internisten, FachärzteUG 6	1.018.582
Internisten, FachärzteUG 7	1.001.455
Internisten, Fachärzte UG 8	717.334
Internisten, Fachärzte UG A, B, C, 9	510.462
Kinderärzte, Hausärzte	692.470
Kinderärzte, Fachärzte	419.138
Laborärzte	586.489
Lungenärzte	1.087.385
MKG-Chirurgen	455.133
Nervenärzte	750.276
Neurochirurgen	516.419
Orthopäden	1.247.349
Radiologen/Strahlentherapie FG 53	1.803.650
Urologen	743.898
Nuklearmediziner	1.790.617
Allgemeinärzte/Ärzte/prakt. Ärzte	612.066

- 5) entfällt
- 6) Als Bemessungszeitraum gelten für alle Arztgruppen, mit Ausnahme der Arztgruppen Radiologie und Kardiologie, die Quartale 3/97 bis 2/98. Für Radiologen der Fachgruppe 53 und Kardiologen gelten als Bemessungszeitraum die Quartale 3/99 bis 2/2000. 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. Beim Statuswechsel von "neu" zu "alt" bleibt das bereits realisierte Wachstum für die Folgequartale erhalten.
- 9) Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte, multipliziert mit dem Faktor 0,35. Das erlaubte, durchschnittlich realisierte Wachstum der Quartale 3 und 4/99 bleibt für die Folgequartale erhalten.
- 10) In Erfüllung des Sicherstellungsauftrages gilt darüber hinaus, dass die individuellen Werte aufgrund von Plausibilitätsprüfungen oder anderen Maßnahmen angepasst werden können.
- 11) Bei einem Wechsel des Versorgungsbereiches oder bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Fach(unter)gruppen, ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes ohne Hausarztzuschlag und ohne die Anteile gem. § 7 Absatz 1, die nicht der Individualbudgetierung unterliegen, aber inkl. der ab 3/99 abgerechneten Laboranalysekosten, durchzuführen. Das zu transferierende Honorarvolumen wird derjenigen Arzt(unter)gruppe entnommen, der der Arzt/die Praxis zuletzt zugeordnet war und derjenigen Arzt(unter)gruppe zugefügt, in die gewechselt wird. In Erfüllung der Vorschrift des § 85 Abs.4 Satz 6 SGB V wird die Vertragsarztpraxis einer Kürzung bei Überschreitung des 1,6 fachen der in der Tabelle zu § 7 Abs. 4 HVM aufgeführten Werte unterworfen für den Fall, dass eine Honorarverteilung aufgrund der Individualbudgetierung für unwirksam erklärt wird. Der Kürzungsbetrag errechnet sich durch Multiplikation der Überschreitungs-punktzahl mit dem arztindividuellen Punktwert aus der gesamten ambulanten Honorarabrechnung. Der Überschreitungs-betrag wird um 50 % gekürzt. Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Abs. 4 a) genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt. Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % der in vg. Tabelle aufgeführten und mit dem Faktor 1,6 multiplizierten Werte. Für Gemeinschaftspraxen gilt diese Regelung mit der Maßgabe, dass die sich ergebenden Grenzwerte mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte – ohne angestellte Ärzte und Job Sharing Partner – zu multiplizieren ist.

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

## § 7 a Sonderregelungen

### 1) 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, können die bereits abgerechneten Quartale hochgerechnet werden.
- b) Beim Zusammenschluss zwischen einem Pathologen der Arztgruppe 47 und einem dem Individualbudget unterliegenden Fachgebiet wird die neue Gemeinschaftspraxis in der Arztgruppe 47 geführt.
- c) 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.
- d) Bei Auflösung einer fachübergreifenden bzw. Versorgungsbereichs-übergreifenden Gemeinschaftspraxis 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.
- e) Werden bei Auflösung einer Gemeinschaftspraxis die Werte der ehemaligen Gemeinschaftspraxis durch die Anzahl der ehemaligen Praxispartner dividiert, darf dies nicht bewirken, dass der "Seniorpartner" schlechter gestellt wird als vor Bildung der Gemeinschaftspraxis. Hierzu bedarf es eines Antrages.

### 2) Wechsel der Arzt-/Untergruppe

Beim Wechsel der Arzt-/Untergruppe behält die Praxis ihr auf Basis des Bemessungszeitraumes ermitteltes Individualbudget. Die Größe der betreffenden Honorartöpfe ändert sich nicht, außer bei einem Wechsel innerhalb der internistischen Untergruppen.

### 3) Festlegung von Individualwerten

Bei Ärzten/Praxen – mit Ausnahme von Kardiologen und Radiologen der Fachgruppe 53 –, 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 dem 30.06.1999, nicht jedoch vor 3/97 zu Grunde gelegt werden.

Bei kardiologischen oder radiologischen Praxen, deren (durchschnittliche) Niederlassungsdauer am 31.12.2000 weniger als 21 Quartale beträgt, können auf Antrag die durchschnittlichen, anerkannten Werte aus bis zu vier aufeinanderfolgenden Quartalen vor dem 01.01.2001, nicht jedoch vor dem 01.07.1999 zu Grunde gelegt werden

### 4) 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 – mit Ausnahme von Kardiologen und Radiologen der Fachgruppe 53 –, die innerhalb des Bemessungszeitraumes „Kostenerstattung“ praktiziert haben, 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  
Sofern in einem Quartal des Bemessungszeitraumes kein angestellter Arzt oder Job-sharing-Partner in der Praxis tätig war, werden die Individualbudgets der Praxis in diesem Quartal um 3 % gesteigert. Die gesteigerten Werte gehen in die Durchschnittsberechnung ein. Bei einer Praxis mit mehreren Ärzten, die einen Job-sharing-Partner aufnehmen, ist die Erhöhung um

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

- 3 % durch die Anzahl der bereits in der Praxis tätigen Ärzte zu dividieren.
- 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 dauerhafte 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 Abrechnungsstatistiken 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.
- 5) 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.

## § 7 b

### Regelung für Pathologen der Arztgruppe 47

- 1) Übersteigt der anerkannte Leistungsbedarf für kurativ ambulante Leistungen den Punktzahlengrenzwert von
- 1.965.193 Punkten,

wird die Vertragsarztpraxis einer Kürzung unterworfen. Der Kürzungsbetrag errechnet sich durch Multiplikation der Überschreitungspunktzahl mit dem arztindividuellen Punktwert aus der gesamten ambulanten Honorarabrechnung. Der Überschreibungsbetrag wird um 50% gekürzt.

- 2) Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 Absatz 5 a) genannten Honorarstopf der Fachgruppe des Arztes wieder zugeführt.
- 3) Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % des Punktzahlengrenzwertes nach Abs. 1)
- 4) Für Gemeinschaftspraxen gilt Absatz 1) mit der Maßgabe, dass der Punktzahlengrenzwert mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte – ohne angestellte Ärzte und Job-Sharing-Partner – zu multiplizieren ist.
- 5) Die Regelung nach § 7 b HVM gilt nicht für ermächtigte Institute.

## § 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, 150 und 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

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- EBM sowie Pauschalerstattungen des Kapitels „U“ EBM mit 100 % der Vergütungssätze.
- b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, 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, 381, 384, 388, 389, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 625, 630, 631, 651, 652, 653, 656, 660, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175 mit 60% der Vergütungssätze,
- d) die Leistungen des Kapitels O I/II EBM, für die mindestens 8,90 DM bzw. Leistungen des Kapitels O III EBM, für die mindestens 7,45 DM Kosten ausgewiesen 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 5221 (Computertomographie) EBM mit 60% der Vergütungssätze,
- f) die Leistungen nach den Nrn. 5151, 5210 bis 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 Krankenhauses sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.
- 6) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2, 6 und 7 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 Leistungslegende 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 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.

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

- 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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 bzw. pauschal vergütet.
- 6) 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.
- 7) 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.

## § 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) Die Erstattung von Laboranalysekosten erfolgt nach den Bestimmungen des Kapitels „O“ des EBM.
- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte - soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist - ein 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.

## § 10 Wegegelder und Wegepauschale für Versicherte der Primärkrankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen

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

- 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 Arztsitz 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
- § 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

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

- Z 3 = 7236 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr DM 18,00
- Z 1 = 7237 Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr DM 12,40
- Z 2 = 7238 Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr DM 19,15
- Z 3 = 7239 Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr DM 25,90
- 7160 Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr DM 21,00
- 7161 Wegepauschale für Besuche im Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach den Nrn. 42 oder 43 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr DM 29,00
- 7180 Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen DM 10,00
- 7181 Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 7180 DM 5,00

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

### Ausnahmeregelung

Da die Auswirkungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand im Falle offenkundiger Fehlberechnungen beauftragt, 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 Änderungen treten zum 01.07.2001 in Kraft

*Ausgefertigt, Düsseldorf, den 08.05.2001*

*gez. Frau Dr. Friedländer  
Vorsitzende der Vertreterversammlung*

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.