

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 Bundesknappschaft, Bochum

Gezeichnet:

Schulte

Bochum, den 22.04.1996

Dienstsiegel

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg,

der AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Siegburg, vertreten durch

die VdAK/AEV-Landesvertretung Nordrhein Westfalen, Düsseldorf

Gezeichnet:

Wolfgang Mudra

Düsseldorf, den 18.06.1996

Dienstsiegel

Honorarverteilungsmaßstab

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der
von der Vertreterversammlung am

22. Juni 1996

beschlossenen Fassung, veröffentlicht im Rheinischen
Ärzteblatt, Ausgabe August 1996, Heft 8

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 Primär-Krankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft sowie der Ersatzkassen, ohne Rücksicht darauf, ob diese nach einem Pauschale oder nach Einzelleistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (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) Die Bewertung der Dokumentation ärztlicher Leistungen im Rahmen der onkologischen Nachsorge richtet sich nach den hierüber mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen.

§ 3 Nicht abrechnungsfähige Leistungen

- 1) Nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die nach den geltenden Bestimmungen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören, insbesondere
 - a) Reihenuntersuchungen in Betrieben
 - b) Einstellungsuntersuchungen in Betrieben
 - c) Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit
 - d) Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen
 - e) badeärztliche Behandlung
 - f) Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht
 - g) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heilverfahrens oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Primär-Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind
 - h) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten
 - i) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden
 - j) Leistungen im Auftrage des medizinischen Dienstes
 - k) Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrage der Berufsgenossenschaften
 - l) Leistungen im Auftrage der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulosefürsorge
 - m) die Selbstbehandlung sowie die Behandlung der mitversicherten Familienangehörigen mit Ausnahme der Sachkosten nach dem DKG-NT
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind
 - a) fachfremde Leistungen, außer bei einer Notfallbehandlung (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), es sei denn, die Dringlichkeit ist begründet. Regelmäßig erbrachte fachfremde Leistungen sind jedoch nicht abrechnungsfähig.
 - b) Leistungen von Krankenhausärzten außerhalb der ausgesprochenen Ermächtigung (§ 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).
 - c) Leistungen, für die eine gesetzliche oder gesamt-

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

vertraglich vorgeschriebene Genehmigung nicht erteilt worden ist.

- d) Leistungen, für die kein Zertifikat über die Durchführung der Qualitätssicherung nach Maßgabe der bestehenden Richtlinien vorgelegt worden ist (§ 4 Abs. 4 der Satzung).
- 3) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 (Ärzt-ZV) ermächtigten Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig.
Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem ermächtigten Krankenhausarzt dann nicht vergütet, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird.

Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind im Falle der Aufnahme nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nur dann nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß ein Notfall vorliegt.

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

scheine dürfen für einen Patienten nur eingereicht werden, wenn dieser während des Behandlungsvierteljahres die Krankenkasse oder den Mitgliedsstatus bei derselben Krankenkasse gewechselt hat. Erhält der Arzt während eines Vierteljahres mehrere Abrechnungsscheine (z.B. Zuweisung, Konsiliarüberweisung) für denselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse, so gelten diese als ein Behandlungsfall und sind für die Abrechnung zusammenzuheften. Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Nummer des EBM einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen. Die Verwendung von Sammelstempeln (mehrere mögliche Diagnosen und Leistungsnummern) ist unzulässig. Erfolgt die Abrechnung nicht auf gültigen Abrechnungsscheinen, sondern mittels Datenträger (z.B. Disketten), so ist hierzu die Genehmigung der zuständigen Bezirksstelle erforderlich. Die Voraussetzung für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand in Richtlinien.

Ärzte, die mit Hilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, werden von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird. Soweit mittels EDV abrechnende Ärzte unmittelbar in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen. Soweit mittels EDV abrechnende Ärzte (auch ermächtigte Krankenhausärzte, Krankenhäuser und andere ermächtigte Institutionen wie Polikliniken) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine quartalsweise zusammen mit den übrigen Abrechnungsunterlagen der zuständigen KV-Bezirksstelle zu übermitteln.

- 2) Als gültige Behandlungsausweise gelten:
- a) Krankenversichertenkarte
 - b) Krankenscheine
 - c) Überweisungsscheine/Belegarztscheine
 - d) Abrechnungsscheine für ärztlichen Notfalldienst oder Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung
 - e) Behandlungsausweise für gutachterpflichtige tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie
- 3) Überweisungsscheine ohne nähere Kennzeichnung sind nicht abrechnungsfähig. Der Überweisungsempfänger ist gehalten, solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben.

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

- a) Überweisungsscheine, auf denen die auszuführenden Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung) bezeichnet sind („Zielauftrag“), berechtigen nur zur Erbringung und Abrechnung dieser Auftragsleistungen und ggf. eines Berichtes mit kritischer Stellungnahme und Empfehlung zur Behandlung. Die Bestimmung des Teils B. Ziffer 3 EBM bleibt hiervon unberührt.
- b) Überweisungsscheine, auf denen das Wort „Konsiliaruntersuchung“ gekennzeichnet ist, berechtigen nur zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer Leistungen sowie des Berichtes. Im Zusammenhang mit der Konsiliaruntersuchung kann einmalig eine erforderliche Beratung abgerechnet werden.
- c) Überweisungsscheine, auf denen „Mit-/Weiterbehandlung“ gekennzeichnet ist, berechtigen zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender und/oder ergänzender diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen bzw. zur gesamten diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit.
- d) Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Wechselseitige Vertretungen der Partner von Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften mit gemeinsamen Räumlichkeiten sowie Vertretungen in den Praxisräumen des vertretenen Arztes dürfen nicht auf diesem Abrechnungsschein abgerechnet werden.
- e) Ist auf dem Abrechnungsschein eine für den Patienten nicht zuständige Krankenkasse vermerkt und kann die zuständige Krankenkasse nicht ermittelt werden, so sind die eingetragenen ärztlichen Leistungen nicht abrechnungsfähig. **Das gilt nicht bei der Verwendung einer falschen Krankenversichertenkarte.**
- 4) Leistungen im Rahmen der Vorsorge-, Früherkennungs- bzw. ärztliche Gesundheitsuntersuchungen sind auf den Abrechnungsscheinen (§ 4 Abs. 2 Buchst. a) und b) nach Maßgabe der hierfür erlassenen Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung abrechenbar.
- 5) Ärzte, die mit Einwilligung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung ausüben, können die Leistungen nach Maßgabe der Vereinbarung über die Ausübung von tiefenpsychologisch fundierter und/oder analytischer Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.09.1990 (Deutsches Ärzteblatt vom 01.11.1990 Heft 44, Seiten 3439 ff) abrechnen.
Die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.
- 6) Ärzte, die Leistungen im Rahmen der „Sonstigen Hilfen“ und der Maßnahmen zur Rehabilitation erbringen, können diese Leistungen nach Maßgabe der hierüber abgeschlossenen Vereinbarungen abrechnen.
Die hierzu erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sind zu beachten.
- 7) Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der kurativen Medizin, der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen sowie der „Sonstigen Hilfen“ und der Rehabilitation erfolgt vierteljährlich. Die Abrechnungsunterlagen sind jeweils nach Beendigung eines Kalendervierteljahres der zuständigen Bezirksstelle einzureichen. Die Fristen werden entsprechend den verwaltungsmäßigen Erfordernissen der einzelnen Bezirksstelle festgelegt. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach diesem Zeitpunkt erhält, können erst mit der nächsten Vierteljahresabrechnung eingereicht werden.
Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die vertragsärztlichen Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer irrtümlich unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend machen.
- 8) Wird die Abrechnung ganz oder teilweise ohne vorherige Genehmigung des Verwaltungsrates der Bezirksstelle verspätet eingereicht, so gilt folgendes:
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-Ä er-

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

mächtigte 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.“

- 10) Mit der vierteljährlichen Abrechnung hat der gemäß §§ 31a, 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 Vertra-

ges nach § 115 b Abs. 1 SGB V vom 13.06.1994 erfüllt wurden.“

- 12) Zur vorläufigen Sicherung möglicher Erstattungs- oder Schadensersatzansprüche können nur mit Zustimmung des Vorstandes der KV Nordrhein bis zu 30 % der fälligen Honoraranforderungen einbehalten werden, wenn gegen den Arzt ein Verfahren auf Entziehung der Kassenzulassung anhängig ist oder ein rechtskräftiges Urteil bzw. ein unanfechtbarer Strafbefehl wegen betrügerischer Abrechnung vorliegt und Schadensersatzansprüche angemeldet werden.

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

§ 5 Sachliche und rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die Abrechnungsunterlagen des Arztes daraufhin, ob die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes beachtet wurden.
- 2) Sachliche Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) sind dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen.

Dies gilt nicht, wenn zwingende Bestimmungen des EBM (vgl. § 2 Abs. 2) außer acht gelassen wurden oder die sachliche Berichtigung rechnerisch pro Quartalsabrechnung unter DM 200,- liegt.

- 3) Über Widersprüche entscheidet – soweit die Bezirksstellen diesen nicht abgeholfen haben - der Vorstand der KV Nordrhein (§ 4 Abs. 6 der Satzung der KV Nordrhein).

§ 6 Honorarverteilung und Abrechnungsbescheid

- 1) Der zur Honorarverteilung zur Verfügung stehende Betrag eines Vierteljahres gemäß § 85 SGB V für Ärzte und andere an der Honorarverteilung Teilnehmende ergibt sich aus:
 - a) den Gesamtvergütungen der bezirkseigenen Primär-Krankenkassen bzw. landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft,
 - b) den Gesamtvergütungen der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen,
 - c) den Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle).

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

2) Die Honorarverteilung der Gesamtvergütungen nach § 6 Abs. 1 erfolgt getrennt nach Primär- und Ersatzkassen.

3) Aus dem gemäß Abs. 1 zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag sind vorweg zu berücksichtigen:

- a) Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle, wobei der Teil der Gesamtvergütung, der auf die von Fremdarzten erbrachten Leistungen entfällt, in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um die Zuwachsrate nach § 85 Abs. 3 a) Satz 1 in Verbindung mit § 270 a) SGB V erhöht wird. **Entsprechendes gilt für die Folgejahre.** Grundlage der Berechnung ist das entsprechende Leistungsquartal des Jahres 1991
- b) Erstattung von Kosten nach § 9
- c) Wegegelder und Wegepauschalen nach den §§ 10 und 11
- d) Kostenerstattung für Dialysebehandlung an niedergelassene Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Institute entsprechend den mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen
- e) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben
- f) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen
- g) Zahlungen an Krankenkassen für den Ausgleich einer Überschreitung des Arznei- und/oder Heilmittelbudgets.
- h) Zahlungen für Leistungen der hausärztlichen Grundvergütung (Nr. 8066), bewertet mit einem Punktwert von 9,5 Pf.**

4) a) **Der nach Abzug der Vorwegzahlungen gemäß Absatz 3 verbleibende Gesamtvergütungsbetrag wird nach dem unten aufgeführten Schlüssel für Polikliniken, Institute, Krankenhäuser und die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und wird zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten, nach den Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes berechtigten Honoraranforderung auf folgende Bereiche („Honorartöpfe“) verteilt:**

Arztgruppen:	
Anaesthesisten	0,97 %
Augenärzte	4,48 %
Chirurgen	3,51 %
Gynäkologen	9,94 %
HNO-Ärzte	4,31 %
Hautärzte	3,02 %
fachärztlich tätige Internisten	3,96 %
fachärztlich tätige Kinderärzte	0,63 %
Laborärzte	2,98 %
Lungenärzte	1,10 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	0,43 %

Nervenärzte	3,85 %
Neurochirurgen	0,04 %
Orthopäden	6,78 %
Pathologen	0,66 %
ärztliche Psychotherapeuten	0,35 %
Radiologen	5,96 %
Urologen	2,68 %
Nuklearmediziner	0,46 %
hausärztlich tätige Ärzte	39,81 %
(Internisten, Pädiater, Allgemeinärzte, prakt. Ärzte)	
Nichtvertragsärzte	0,90 %
(nichtärztliche Psychotherapeuten/Verhaltenstherapeuten, Psychagogen, sonstige Ärzte)	
Polikliniken	0,41 %
Institute/Krankenhäuser	2,77 %

Die Höhe der fachgruppenspezifischen Budgets wird durch die VV in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepaßt werden. Dabei ist insbesondere die Entwicklung der Arztzahlen angemessen zu berücksichtigen.

- b) Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl für Laborleistungen werden über die bisherige Regelung im EBM hinaus jene Leistungen nach Abschnitt O I und die Zahl der Fälle unberücksichtigt gelassen, die bei nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus (Nr. 3849) erbracht werden.
- c) Die Verteilung der Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen bestimmt sich ohne Trennung nach den einzelnen Versicherungsträgern ebenfalls nach den Vorschriften des Abs. a).
- d) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.
- e) Der nach 4 a) ermittelte Punktwert für Laborleistungen wird ab 01.04.1994 hinsichtlich der Bewertung von O III-Leistungen um 0,1 Pfennig zu Lasten des Topfes „übrige Leistungen“ angehoben.
- f) Für die Differenzierung nach Haus- und Fachärzten werden folgende Arztgruppen zugrunde gelegt:
 - fa) Hausärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind:
 - Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung,
 - sowie
 - Internisten ohne Schwerpunkt,
 - Kinderärzte ohne Schwerpunkt,
 die gegenüber dem Zulassungsausschuß erklärt haben, an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen.
 - fb) Fachärzte im Sinne dieses Honorarverteilungsmaßstabes sind alle nicht unter fa) genannten niedergelassenen Ärzte, nicht jedoch nichtärztli-

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

che Psychotherapeuten, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte.

- fc) Ärzte mit mehreren Gebietsbezeichnungen und fachübergreifende Gemeinschaftspraxen gelten dann als Hausärzte im Sinne von fa), wenn sich der betreffende Arzt/ **die betreffende Gemeinschaftspraxis** gegenüber dem Zulassungsausschuß als Hausarzt/ **hausärztliche Gemeinschaftspraxis** erklärt hat.
- 5) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.
- 6) Über die Verteilung der Gesamtvergütung erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Abrechnungsbescheid, ggf. in Gestalt eines Kontoauszuges. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen ersichtlich sein:
- a) die angeforderten und die nach Prüfung anerkannten Beträge bzw. Punktzahlen
 - b) das nach § 7 festgestellte Kürzungsvolumen
 - c) der auf der Bewertungsgrundlage (§ 2) für den einzelnen Punkt errechnete Punktwert und die sich daraus ergebende Gutschrift
 - d) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskosten
 - e) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlicher oder rechnerischer Berichtigung der Abrechnung, Ärztekammerbeitrag etc.)
 - f) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen oder Honorarabstrichen für frühere Quartale etc.)
 - g) Auszahlungsbetrag.
- 7) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlußfrist geltend machen können, wird der Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlußfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist.
- Bis dahin ist eine nachträgliche Korrektur des Abrechnungsbescheides (Berichtigung der Abrechnung und Verrechnung) zulässig. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Die Bestimmung des § 5 gilt entsprechend.
- 8) Von der Zahlung an die Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung der KVNordrhein beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug

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

Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle.

- 9) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (Tod, Wegzug, Verzicht, Aufgabe der Praxis, Entziehung der Zulassung) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regreß-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer Bankbürgschaft abgewendet werden.

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

- 1) In Anwendung der Vorschrift des § 85 Absatz 4 SGB V wird zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit sowie zur Begrenzung des Mengenzuwachses die nach Prüfung anerkannte Gesamtpunktzahl einer Kürzung unterworfen, wenn entweder der individuelle Maßstab gemäß Absatz 2 bzw. der generelle Maßstab gemäß Absatz 3 überschritten wird. Punktzahlen, die nach Maßgabe der Absätze 2 bzw. 3 diese Grenzen überschreiten, werden bei der Feststellung des Honoranspruchs nicht vergütet.**
- 2) Vertragsärzte und ermächtigte Krankenhausärzte, die vor Inkrafttreten dieses HVM bereits tätig waren, erhalten sofern sie entweder den in Absatz 3 genannten Regelfallwert oder den dort aufgeführten Punktzahlengrenzwert überschreiten – individuelle Fallwertbudgets und Punktzahlengrenzwerte, die sich aus dem Durchschnitt der eigenen anerkannten**

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

Leistungsbedarfsanforderung in Punkten der Quartale 3/93 bis 2/94 ergeben. Das arithmetische Mittel der vier Quartale ergibt das individuelle Limit für das Fallwertbudget und den Punktzahlengrenzwert. Diese individuellen Grenzwerte bleiben bei eventueller späterer Anpassung der Fachgruppengrenzwerte unberührt.

3)

Arztgruppe: Vertragsärzte/ Krankenhaus- ärzte (KH)	Unter- gruppe	Regelfall- wert in Punkten	Punktzah- lengrenz- wert				
Anaesthesisten	UG 1	2.777	719.280	Laborärzte	UG 3 KH	740	255.225
	UG 2	2.540	457.232		UG 1	220	1.569.358
	UG 3 KH	1.934	100.551		UG 2	1.055	7.009.192
Augenärzte	UG 1	1.579	1.951.291	Lungenärzte	UG 3 KH	999	800.937
	UG 2	645	1.033.398		UG 1	1.685	1.304.265
	UG 3	706	1.371.481		UG 2	1.828	1.358.345
	UG 4	578	817.253		UG 3	1.830	1.601.412
	UG 5	714	1.208.831	Mund-Kiefer- Gesichts- chirurgen	UG 4	1.815	2.081.550
	UG 6 KH	892	777.733		UG 5 KH	2.027	411.555
Chirurgen	UG 1	1.790	1.066.891	Nervenärzte	UG 1	1.981	770.584
	UG 2	1.381	1.176.376		UG 2 KH	381	76.938
	UG 3	1.294	978.026	Orthopäden	UG 1	1.444	915.775
	UG 4	1.044	517.654		UG 2	1.575	1.063.457
Gynäkologen	UG 5 KH	501	259.486	Pathologen	UG 3	2.068	603.995
	UG 1	489	1.704.900		UG 4	2.283	299.052
	UG 2	1.062	995.408	Neurochirurgen	UG 5	1.265	1.375.311
	UG 3	800	904.599		UG 9	2.548	601.234
	UG 4 KH	495	171.606	Orthopäden	UG 6 KH	3.894	155.772
HNO-Ärzte	UG 5	784	1.201.636		UG 7 KH	815	74.146
	UG 1	3.137	464.215	Orthopäden	UG 8 KH	1.145	124.813
	UG 2	931	1.019.384		UG 1	1.685	628.493
	UG 3	1.252	1.350.788	Orthopäden	UG 2 KH	420	147.353
	UG 4	802	611.673		UG 1	1.218	1.434.946
	UG 5	1.334	2.648.229	Pathologen	UG 2	1.521	1.554.841
Hautärzte	UG 6	894	1.081.546		UG 3 KH	404	215.766
	UG 7 KH	623	313.550	Pathologen	UG 1	330	1.057.765
	UG 1	982	1.492.192		UG 2	516	933.033
	UG 2	686	1.074.563	Pathologen	UG 3 KH	360	533.676
	UG 3	653	911.401	ärztliche Psycho- therapeuten	UG 1	5.051	166.681
	UG 4 KH	449	558.924	Radiologen	UG 1	878	942.664
	Internisten	UG 1	1.049	800.026		UG 2	1.800
UG 2		1.030	1.014.575	Urologen	UG 3	1.637	2.084.215
UG 3		982	885.041		UG 4	2.698	3.075.200
UG 4		1.119	1.103.774	Urologen	UG 5 KH	1.788	1.078.113
UG 5		1.098	936.788		UG 1	1.911	1.069.911
UG 6		2.173	1.419.239	Urologen	UG 2	1.378	1.132.544
UG 7		1.558	1.032.970		UG 4	5.114	1.109.757
UG 8		1.452	1.026.729	Nuklearmediziner	UG 3KH	306	191.267
UG 9 KH		1.451	304.732		UG 1	2.636	2.893.944
UG A		1.307	1.027.392	Allgemeinmedi- ziner/Prakt. Ärzte/Ärzte	UG 1	779	464.445
Kinderärzte	UG 1	762	826.057		UG 2	821	680.453
	UG 2	910	898.326		UG 3	881	765.417

4) Für die Gemeinschaftspraxen gelten die Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe, daß die Punktzahlengrenzwerte mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte 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

- 5) Bei Ärzten, die mit mehreren Gebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen sind oder bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, werden aus den Grenzwerten (Abs. 3) der betreffenden Gebiete mittlere **Fallwertbudgets und Punktzahlengrenzwerte** gebildet. **Bei gebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxen wird zunächst die sich aus der Zuordnung in die entsprechende Arztgruppe gemäß Anlage zu diesem HVM ermittelte Untergruppe festgestellt. Für die weitere gebietsübergreifende Arztgruppe wird der durchschnittliche Untergruppengrenzwert (arithmetisch ermittelt aus den jeweiligen Untergruppen der betreffenden Arztgruppe) festgestellt.** Die Sätze 1 und 3 sind entsprechend auch für ermächtigte Krankenhausärzte anzuwenden.
- 6) Die Abs. 1) bis 3) gelten nicht für ermächtigte Institute sowie für belegärztliche Behandlung.
- 7) **Bei Ärzten, die vor Inkrafttreten dieser Regelung niedergelassen waren, jedoch in dem Zeitraum 3/93 bis 2/94 noch keine vier vollständigen Abrechnungsquartale vorlegen können, kann in begründeten Einzelfällen auf Antrag durch den Vorstand der KV Nordrhein ein individuelles Fallwertbudget und ein individueller Punktzahlengrenzwert auf der Basis der letzten Abrechnungen festgelegt werden. Dabei werden die individuellen Zahlen des Antragsstellers um den Prozentsatz reduziert, in dem die globale Leistungsmenge aller Ärzte seit dem Berechnungszeitraum zugenommen hat.**
- 8) **Fälle im organisierten Notfalldienst sowie der darauf entfallende Leistungsbedarf in Punkten fallen nicht unter die Begrenzung gemäß Abs. 3.**
- 9) Nach Anfechtung eines Kürzungsbescheides kann der Vorstand für das betreffende Quartal nach pflichtgemäßem Ermessen auch für folgende Quartale ein individuelles Fallwertbudget und/oder einen individuellen Punktzahlengrenzwert festsetzen, wenn eine spätere Aufhebung des Bescheides wahrscheinlich erscheint. Voraussetzung ist, daß besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen, insbesondere, daß **begründete Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, die erst nach 2/94 entstanden sind (Innovationskomponente).** Hinsichtlich der Voraussetzungen und ggfs. der Höhe eines individuell festzusetzenden Fallwertbudgets und/oder Punktzahlengrenzwertes hat der Vorstand einen Beurteilungsspielraum und **setzt ggf. individuelle Werte nach seinem Ermessen fest.**
- 10) **Bisherige generelle oder individuelle Regelungen bezüglich der Beurteilung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind ab In-**

krafttreten des vorstehenden neuen Beurteilungsmaßstabes gegenstandslos.

§ 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 vergütet. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, berechnen. Die Abrechnung der Einzelvisite bei Nacht erfolgt nach Nr. 29N, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5. 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 und 150 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 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 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, die Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze.**
 - b) **die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N 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, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 379, 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, 635, 636, 640, 641, 642, 651, 652, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 721, 722,**

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

- 723, 725, 726, 728, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175, 5222
mit 60% der Vergütungssätze,
- d) - die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
- die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
mit 60% der Vergütungssätze.
- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 29 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 mit Ausnahme der Nrn. 5210 bis 5221 (Computertomographie) mit 60% der Vergütungssätze,
- f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 und den Nrn. 5520 und 5521 (MRT-Untersuchungen) 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, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, 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, ggf. in Verbindung mit einer Gebühr nach Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistenteneignung 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 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen/ das Wegegeld
- bei Nacht die Nr. 50N, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, sowie je Fall die zutreffende Wegepauschale/ das zutreffende Wegegeld,
- b) für die Assistenz die Leistung nach Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses
- bei Tage die Visite nach Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5
- bei Nacht die Einzelvisite nach Nr. 29N und die Gebühr nach Nr. 5
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 sowie nach den Kapiteln C und D II.
- 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.
- 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.

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

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Ersatzkassen ein Betrag von DM 6,00 pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Primärkrankenkassen vergüten hierfür 60 Punkte. Die Abrechnung erfolgt durch Ansatz der Nr. 7200 auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflegetage.

§ 9 Erstattung von Kosten

- 1) Die Erstattung von Porto- und Versandkosten sowie Schreibgebühren und die Erstattung von Kosten für Fotokopien erfolgt nach den Bestimmungen des Teils „U“ - Pauschalerstattungen - des EBM.
- 2) Für vom Arzt ausgegebene Testbriefchen zur Durchführung von Untersuchungen auf Blut im Stuhl, die vom Patienten dem Arzt nicht zurückgegeben werden, erstattet die Krankenkasse DM 2,50. Der Arzt hat in der Abrechnung hierfür die Nr. 7150 einzutragen.
- 3) Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muß, werden erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 8023 einzutragen.
- 4) Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten) werden in der mit den Krankenkassen vereinbarten jeweiligen Kostenhöhe erstattet.
- 5) Kosten für Leistungen nach Kapitel A Nr. 4 des EBM (Allgemeine Bestimmungen) wie z.B. für Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält, werden in der nachgewiesenen Höhe erstattet.
- 6) Kostenerstattungen gemäß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten.

§ 10 Wegegelder und Wegepauschale für Versicherte der Primär-Krankenkassen incl. der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von DM 1,95 bei Tag und DM 3,90 bei Nacht.
- 2) Anstelle des Wegepauschales gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld, wenn die Ent-

fernung von der Wohnung des Patienten zum Arzt-sitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrundegelegt werden.

Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst (vgl. § 4 Abs. 3) ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näherliegenden Arzt-sitz angesetzt werden.
- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 150 EBM abrechenbar.
Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden (vgl. § 3 Abs. 4).

- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:
 - a) **Bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 26, 29 oder 50 EBM sowie bei Besuchen nach den Nrn. 25 + 5 oder 150 + 5 EBM** **DM 2,90**
 - b) **bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 25N, 26N, 29N oder 50N, ggf. im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung nach Nr. 5 EBM** **DM 4,80**
 - c) bei Besuchen nach den Nrn. 25 und 150 EBM - ohne anteilige Berechnung – DM 2,30

- 6) Abweichend von Abs. 1), 2) und 5) erhalten zugelassene oder ermächtigte Ärzte für Anaesthetik anstelle eines Wegegeldes Fahrkostenerstattung. Als Fahrkostenerstattung wird der Betrag in Höhe des jeweils bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges steuerlich berücksichtigungsfähigen Satzes (z.Z. DM 1,40 je Doppelkilometer) gezahlt.

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

Diese Erstattung wird nur gezahlt, wenn die Entfernung zwischen der Praxisstelle des zugezogenen Anaesthesisten zum Behandlungsort des Patienten mehr als 5 km beträgt, wobei die ersten 5 km nicht erstattungsfähig sind. Es wird Fahrkostenersatz für höchstens 50 km geleistet.

Für die Berechnung des Fahrkostenersatzes bleiben Bruchteile unter 0,5 km unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.

Werden mehrere Patienten im Rahmen einer Besuchsfahrt an demselben Besuchsort behandelt, kann die Fahrkostenerstattung nur einmal abgerechnet werden.

Hiervon abweichende Regelungen mit einzelnen (Krankenkassen-) Verbänden bleiben von der vorstehenden Bestimmung unberührt.

§ 11 Wegepauschale für Versicherte der Ersatzkassen

- 1) a) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25, 26 **oder 150** EBM sowie für jede Einzelvisite nach Nr. 29 EBM ein Wegepauschale nach den Nrn. **7234 bis 7239** EBM in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten **bzw.** für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen. Das Wegepauschale wird nach den Nrn. 7160 und 7161 in unterschiedlicher Höhe, nach Besuchszeiten differenziert, erstattet.
 - b) Für den Ansatz der Wegepauschalen gelten die in Abs. 2) genannten Zonenangaben „Z 1“, „Z 2“ oder „Z 3“.
 - c) Das Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet
 - für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von 2 km nach den Nrn. **7234 oder 7237** (Z 1);
 - für Besuchsstellen innerhalb eines Radius von mehr als 2 km bis zu 5 km nach den Nrn. **7235 oder 7238** (Z 2);
 - für Besuchsstellen außerhalb eines Radius von 5 km nach den Nrn. **7236 oder 7239** (Z 3);
 - für Besuchsstellen jenseits eines Radius von 10 km, differenziert nach Besuchszeiten, nach den Nrn. 7160 oder 7161 für Besuche zur Durchführung konsiliarischer Tätigkeit oder für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen.
 - d) Die Bereiche für die Wegepauschalen sind ausgehend vom Praxissitz als Zentrum vom Vertragsarzt selbst zu bestimmen.
 - e) Bei Besuchen im organisierten Notfalldienst, die von einer für den Notfalldienst geschaffenen zentralen Einrichtung aus durchgeführt werden, ist anstelle des Praxissitzes der Ort dieser Einrichtung das Zentrum der durch Entfernungskreise festgelegten Wegebereiche. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den VdAK-Ortsausschüssen bleiben hiervon unberührt.
 - f) Die Wegepauschalen sind je Besuch nach den Nrn. 7234 bis 7239, 7160 und 7161 berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung des jeweiligen Wegepauschales nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der drei Wegebereiche bzw. jenseits des Radius von 10 km.
 - g) Für die Berechnung des Wegepauschales ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.
 - h) Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.
- 2) Folgende Wegepauschalen werden gezahlt:

Z 1 = 7234	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr DM 6,20
Z 2 = 7235	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr DM 12,40
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

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

- 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 un-
mittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit
dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 7180
DM 5,00

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

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

§ 12 Inkrafttreten

Die Änderungen der §§ 6, 7 und 8 des Honorarverteilungsmaßstabes treten am 01. 07. 1996 in Kraft.

Die übrigen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten am 01.01.1996 in Kraft.

Ausgefertigt: Düsseldorf, den 24.06.1996

Gezeichnet: Dr. Dieterich
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Dienstsiegel

Bekanntmachungen des Landeswahlausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Der Landeswahlausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gibt gemäß § 10 der Wahlordnung für die Wahl der Vertreterversammlung und gemäß § 4 Abs. 9 der „Ordnung über die Organisation der satzungsgemäß gebildeten Verwaltungsstellen“ folgendes bekannt:

A. Zur Wahl der Vertreterversammlung

1) Wahl der Vertreter der ordentlichen Mitglieder in die Vertreterversammlung

- a) Wie schon im "Rheinischen Ärzteblatt" vom 30.04.1996, Heft 5 mitgeteilt wurde, findet die Durchführung der Neuwahl der Vertreterversammlung am 30.11.1996 statt. Gemäß § 12 der Wahlordnung ist das Wahlrecht schriftlich auszuüben (Briefwahl). Letzter Termin ist der 30.11.1996 um 24.00 Uhr (Poststempel).
- b) Wahlvorschläge sind nach einem bei den Kreiswahlausschüssen einzusehenden Muster vom 02.09. bis 16.09.1996 jeweils in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr außer samstags und sonntags an den bereits veröffentlichten Orten zur Abgabe von Wahlvorschlägen einzureichen.

Jeder Wahlvorschlag muß mindestens so viele Namen enthalten, wie Vertreter und Stellvertreter für den Wahlkreis zu wählen sind. Er darf höchstens die doppelte Anzahl der Namen aufweisen, und zwar getrennt nach Vertretern und Stellvertretern.

Von jedem vorgeschlagenen Arzt muß eine Erklärung zum Wahlvorschlag beigefügt sein, daß er zur Annahme der Kandidatur bereit ist. Ein Kandidat kann diese Erklärung nur für einen Wahlvorschlag abgeben.

Ein Wahlvorschlag ist nur dann gültig, wenn er die notwendige Zahl der Vertreter und Stellvertreter enthält und von 10 % der Wahlberechtigten des Wahlkreises (mindestens jedoch von 5 Wahlberechtigten) unterzeichnet ist. In jedem Fall genügen 20 Unterschriften auf dem Wahlvorschlag. Jeder Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen.

Für die Wahlkreise sind Vertreter und Stellvertreter in nachstehender Anzahl zu wählen: