

**Honorarverteilungsmaßstab
der Kassenärztlichen Vereinigung
Nordrhein
vom 17.04.1999 in der Fassung
vom 30.11.2002**

**§ 1
Geltungsbereich**

Dieser Honorarverteilungsmaßstab gilt für die Verteilung der Gesamtvergütungen aller Primärkrankenkassen sowie aller Ersatzkassen ohne Rücksicht darauf, ob diese jeweils nach einem Pauschale oder nach Einzelleistungen berechnet sind. Er gilt weiterhin für die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle, Anteile überbezirklicher Krankenkassen).

**§ 2
Abrechnungsfähige Leistungen**

- 1) Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nr. 2, sofern sie nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen im BMV-Ä bzw. AEV, EBM sowie der Richtlinien erbracht worden sind. Soweit sich die Vorschriften dieses HVM auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.
- 2) Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten 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
 - 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
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind darüber hinaus
 - a) fachfremde Leistungen (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), außer bei einer Notfallbehandlung.
 - 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 Genehmigung durch oder aufgrund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben und 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).
 - e) Ambulante Notfalleistungen des Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tage erfolgt.
 - 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. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115 a SGB V.

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 sind von einem ermächtigten Krankenhausarzt dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

- 4) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.

Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können 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.

- 5) Bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z.B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden, können Besuchsgebühren nicht abgerechnet werden.
- 6) 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 oder in ein OP-Zentrum, kann dafür eine Besuchsgebühr nicht berechnet werden.

§ 4

Abrechnungslegung

- 1) Die Rechnungslegung ist auf gültigen Abrechnungsscheinen nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen, insbesondere des BMV-Ä bzw. AEV sowie der hierzu ergangenen Beschlüsse und der Vorschriften dieses HVM vorzunehmen. Mehrere Abrechnungsscheine während eines Vierteljahres/Quartals (z.B. Zuweisung, Konsiliarüberweisung, Muster 19) für denselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse, gelten als ein Behandlungsfall und sind für die Abrechnung zusammenzuheften. Mehrere Behandlungsfälle dürfen für einen Patienten nur eingereicht werden, wenn dieser während

des Behandlungsquartals die Krankenkasse oder den Mitgliedsstatus bei derselben Krankenkasse gewechselt hat.

Erfolgt die Abrechnung nicht auf gültigen Abrechnungsscheinen, sondern mittels Datenträger (z.B. Disketten), so ist hierzu die Genehmigung der zuständigen Bezirksstelle erforderlich. Die Voraussetzungen 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 Instituten, wie Polikliniken, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine quartalsweise zusammen mit den übrigen Abrechnungsunterlagen der zuständigen Bezirksstelle zu übermitteln.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Nummer des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

- 2) a) Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung ist, dass der Name des Ehepartners auf dem Behandlungs-/Überweisungsschein des jeweiligen Patienten angegeben wird.
b) Der Vorstand kann Kennzeichnungspflichten für die Abrechnung von Leistungen beschließen, insbesondere um die Leistungen bestimmten Leistungserbringern zuordnen zu können. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist dann Voraussetzung dafür, dass diese von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.
- 3) Für die Abrechnungsfähigkeit von Überweisungsscheinen sind insbesondere die Bestimmungen des § 24 BMV-Ä bzw. § 27 AEV maßgeblich. Bei Auftragsleistungen gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 AEV bleibt die Bestimmung des Teil B. Ziffer 3 EBM unberührt. Sofern der Überweisungsgeber seiner Pflicht zur Kennzeichnung der Überweisung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Überweisungsnehmer gehalten,

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

solche Überweisungsscheine zur Vervollständigung an den überweisenden Arzt zurückzugeben. Überweisungen, die nicht oder nicht vollständig gekennzeichnet sind, sind nicht abrechnungsfähig.

- 4) 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; die Leistungen sind unter der Vertragsarzt Nummer des vertretenen Arztes abzurechnen.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst, d.h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner Vertragsarzt Nummer abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis oder in einer von KV Nordrhein und ÄK Nordrhein genehmigten Notfallpraxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen Vertragsarzt Nummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der Vertragsarzt Nummer des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene Abrechnungsnummer zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle Abrechnungsnummern für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

- 5) Die Abrechnung der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt quartalsweise.

Die Abrechnungsunterlagen sind jeweils nach Beendigung eines Kalendervierteljahres bei 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 Quartalsabrechnung eingereicht werden. Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ausgeschlossen. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungs-

scheine kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend machen.

- 6) 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 nach 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.

- 7) Voraussetzung der ordnungsgemäßen und fristgerechten Abgabe einer Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die in der Anlage zu diesem HVM aufgeführten Erklärung(en) auf Vordruck ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Die Erklärung ist dabei im Falle einer Gemeinschaftspraxis von allen Partnern zu unterzeichnen; von diesem Erfordernis kann dann abgesehen werden, wenn eine Vertretung des oder der nicht unterzeichnenden Partner nachgewiesen wird. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit der Erklärung. Die Anlage in ihrer jeweiligen Fassung ist Bestandteil dieses HVM; sie wird ggf. vom Vorstand zur Sicherstellung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung angepasst.

Bei Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen Abrechnungsnummer für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen.

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

§ 5

Sachlich-rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen überprüfen die Abrechnungsunterlagen des Arztes.
- 2) Sachlich-rechnerische Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außer-

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

halb der Ermächtigung) sind dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen.

Dies gilt nicht, wenn zwingende Bestimmungen des EBM außer acht gelassen wurden oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter EUR 200 liegt.

§ 6 Honorarverteilung

- 1) Die Krankenkassen entrichten nach Maßgabe des § 85 Abs. 1 SGB V eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die KV Nordrhein. Dieser Betrag erhöht sich um die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle) sowie ggf. Sonderzahlungen, wobei Zahlungen für psychotherapeutische Leistungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen ausschließlich für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen verwendet werden.

Dieses Ausgabenvolumen steht für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Die Honorarverteilung erfolgt quartalsweise.

- 2) Aus dem je Quartal 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), wobei die Zahlungen für psychotherapeutische Fremdarztfälle ausschließlich aus dem zugeordneten Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich entnommen werden.
 - b) Erstattung von Kosten nach § 9, wobei Kosten im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Leistungen ausschließlich aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich entnommen werden.
 - c) Wegegelder und Wegepauschalen nach § 10 für Primärkassen bzw. Kapitel A II. EBM (Allgemeine Bestimmungen (E-GO)) für Ersatzkassen, wobei Wegegelder und Wegepauschalen im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Leistungen ausschließlich aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich entnommen werden.
 - d) pauschale Kostenerstattung für Dialysebehandlung an niedergelassene Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Institute entsprechend den mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen.

- e) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben, sofern sie nicht aus dem auf den hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 6 a entfallenden Verteilungsbetrag, aus den fachärztlichen Honorartöpfen gemäß § 6 b Abs. 5, oder aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich gemäß § 6 c zu berücksichtigen sind.
 - f) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen, sofern sie nicht aus dem auf den hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 6 a entfallenden Verteilungsbetrag, aus den fachärztlichen Honorartöpfen gemäß § 6 b Abs. 5, oder aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich gemäß § 6 c zu berücksichtigen sind.
 - g) Leistungen im organisierten Notfalldienst, bewertet mit einem Punktwert von 4,6016 Cent, außer in den Fällen der Behandlung von Patienten des eingeteilten Arztes oder seines Vertreters.
 - h) Vergütungen für Leistungen der Prävention, Verwaltungsanfragen, PDT, Mamma-MRT, Sozialtherapie und ICSI.
 - i) Vergütungen von Impfleistungen mit einem festen Punktwert für den Fall, dass mit den Krankenkassen eine entsprechende Einzelleistungsvergütung vereinbart ist sowie ggf. weitere Leistungen nach Maßgabe der hierüber mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen.
 - j) Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Maßgabe des § 85 Abs. 2 a SGB V.
 - k) Zahlungen an Polikliniken, für die eine Fallzahlfestschreibung festgelegt ist.
 - l) Zahlungen an übrige Polikliniken nach ihrem durchschnittlichen Anteil an dem um die Vorwegabzüge bereinigten Ausgabenvolumen des Jahres 1995 im Verhältnis zu ihrem durchschnittlichen Anteil zueinander auf Basis der Quartale 1-2/96.
 - m) Zahlungen für Leistungen der Krankenhäuser/Institute mit Ausnahme der Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. 2 SGB V mit ihrem durchschnittlichen Anteil an dem um die Vorwegabzüge nach a) bis j) und n) bereinigten Ausgabenvolumen auf Basis der Quartale 1-4/2000.
 - n) Vergütungen für Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen, soweit sie nicht dem hausärztlichen oder dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind.
- 3) Um die Verteilung des nach Abzug dieser Vorwegzahlungen verbleibenden Verteilungsbetrages auf

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

den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich vornehmen zu können, ist wie folgt vorzugehen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung (§ 85 Abs. 4 a SGB V) und die weiteren hierzu ergangenen Beschlüsse werden analog für die Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Verteilungsbetrag angewendet. Demzufolge sind von dem verbleibenden Verteilungsbetrag vorweg abzuziehen:

- Vergütungsanteile für Laborleistungen auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug der Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlung – getrennt nach haus- und fachärztlichem Anteil – sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-2/99
- Honorarvolumen der hausärztlichen Grundvergütung %ual auf Basis der Quartale 1-4/99 an der Gesamtvergütung nach Abzug der übrigen Vorwegzahlungen gemäß § 6 Abs. 2
- Vergütungsanteile für Leistungen von Hausärzten, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden sowie die in diesen Katalog zusätzlich aufgenommenen Leistungen, mit Ausnahme der von Hausärzten erbrachten Leistungen, die ab dem 01.01.2000 in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt haben, auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug für Leistungen der Präventions- und Substitutionsbehandlung sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-4/99
- Nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes war mit Wirkung ab dem 01.01.1999 ein eigenes Budget für die Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen vorgegeben. Dieses Budget wird kassengruppenspezifisch aufgeteilt und jährlich um die zweckgebundenen basiswirksamen Zahlungen der Krankenkassen erhöht, als auch um die Mitgliederentwicklungen und die zu berücksichtigenden Grundlohnsummensteigerungen weiterentwickelt. Hinzugefügt wird das aus dem Honorartopf der Nervenärzte vergütete Volumen für psychotherapeutische Leistungen auf dem Stand der zuletzt durchgeführten Arztzahldynamisierung. Es ergibt sich insgesamt ein Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich, welches in Abzug gebracht wird.

Auf diesen nunmehr verbleibenden Verteilungsbetrag ist der sich entsprechend der genannten Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses berechnete Trennungsfaktor anzuwenden und ergibt

einen Verteilungsbetrag für den hausärztlichen und einen für den fachärztlichen Versorgungsbereich.

§ 6 a

Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich

- 1) Dem hausärztlichen Verteilungsbetrag werden die Vergütungsanteile für Laborleistungen aller Hausärzte auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte ohne den Leistungsbedarf für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-2/99 nach Abzug der Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlungen zugeführt.
- 2) Das Honorarvolumen der hausärztlichen Grundvergütung wird %ual auf Basis der Quartale 1-4/99 an der Gesamtvergütung nach Abzug der übrigen Vorwegzahlungen gemäß § 6 Abs. 2 zugeführt.
- 3) Vergütungsanteile für Leistungen von Hausärzten, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden sowie die in diesen Katalog zusätzlich aufgenommenen Leistungen, mit Ausnahme der von Hausärzten erbrachten Leistungen, die ab dem 01.01.2000 in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt haben, werden auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug für Leistungen der Präventions- und Substitutionsbehandlung sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-4/99 grundsätzlich dem fachärztlichen Verteilungsbetrag zugeführt. Lediglich der nach § 6 b Abs. 2 ermittelte Vergütungsanteil an diesem Honorarvolumen, der auf
 - die Hausärzte, die aus Sicherstellungsgründen die Genehmigung erhalten, ab dem 01.01.2003 die in Rede stehenden Leistungen zu erbringen, und
 - die Fachärzte, die in einer versorgungsübergreifenden Gemeinschaftspraxis tätig sind, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet ist, und
 - die fachärztlich tätigen Kinderärzteentfällt, wird dem hausärztlichen Verteilungsbetrag insgesamt zugeführt.
- 4) Aus dem für den hausärztlichen Versorgungsbereich quartalsweise zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag sind vorab zu berücksichtigen:
 - Die Kosten gemäß EBM für die Laboranalytik sind in Abzug zu bringen.
 - Rückflüsse aus rechtskräftigen Kürzungsmaßnahmen wegen nachträglicher Berichtigungen einschl. Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie nach § 7 oder aufgrund von Job-Sharing-Regelungen.
 - Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben.

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

- Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen.
 - Die MRT der Mamma und die PDT sind auf Grundlage der Beschlussfassung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ab dem 01.10.01 als neue Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung in den EBM aufgenommen worden. Einsparungen durch Weiterentwicklung des Labors zum 01.07.2001 von 0,23% der Gesamtvergütung werden für die Vergütung der Mamma MRT und der PDT zur Verfügung gestellt.
Diese 0,23% werden durch Absenkung aus dem Hausarzttopf und aus den jeweiligen fachärztlichen Honorartöpfen entsprechend der anteiligen Kosten im Laborbereich auf der durchschnittlichen Basis des Jahres 2000 bereinigt. Das sich ergebende Volumen wird den Krankenkassen zur Vergütung der Mamma MRT und PDT zur Verfügung gestellt.
 - Abzüge für die Vergütung von Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen.
 - Die hausärztliche Grundvergütung ist mit einem Punktwert von 4,8573 Cent in Abzug zu bringen.
- 5) Erfolgt ein Wechsel vom fachärztlichen in den hausärztlichen Versorgungsbereich, ist die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Dazu wird das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen mit Ausnahme der Einzelleistungen zugrunde gelegt.

Mit dem sich ergebenden Verteilungsbetrag für den hausärztlichen Versorgungsbereich werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 7 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen vergütet. Die psychotherapeutischen Leistungen werden aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich nach Maßgabe der unter § 6 c aufgeführten Bestimmungen vergütet.

§ 6 b

Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

- 1) Dem fachärztlichen Verteilungsbetrag werden die Vergütungsanteile für Laborleistungen aller Fachärzte auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte ohne den Leistungsbedarf für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-2/99 nach Abzug der Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlung zugeführt.
- 2) Vergütungsanteile für Leistungen von Hausärzten, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die

hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden sowie die in diesen Katalog zusätzlich aufgenommenen Leistungen, mit Ausnahme der von Hausärzten erbrachten Leistungen, die ab dem 01.01.2000 in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt haben, werden auf Basis des %ualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug für Leistungen der Präventions- und Substitutionsbehandlung sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-4/99 zugeführt. Dieses so ermittelte Honorarvolumen wird entsprechend den prozentualen Anteilen auf der Basis der Quartale 1-4/99 in folgende Leistungsbereiche unterteilt:

- I. Kardiologie (Kap F I EBM)
- II. Angiologie (Kap F II EBM)
- III. Pneumologie (Kap F III EBM)
- IV. Gastroenterologie (Kap F IV EBM)
- V. Nephrologie (Kap F V EBM)
- VII. Zytologie (Kap P II EBM)
- VIII. Zytogenetik und Molekulargenetik (Kap P III EBM)
- IX. Röntgendiagnostik (Kap Q I EBM)
- X. Nuklearmedizinische In-vivo-Diagnostik (Kap Q II EBM)

Es wird der prozentuale Anteil ermittelt, den

- die Hausärzte, die aus Sicherstellungsgründen die Genehmigung erhalten, ab dem 01.01.2003 die in Rede stehenden Leistungen zu erbringen, und
- die Fachärzte, die in einer versorgungsübergreifenden Gemeinschaftspraxis tätig sind, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet ist, und
- die fachärztlich tätigen Kinderärzte in den Quartalen 1-4/99 an Leistungen in o.g. Leistungsbereichen erbracht haben.

Diese Leistungsanteile werden ins Verhältnis gesetzt zu den Honorarvolumina je Leistungsbereich. Die sich daraus ergebenden Vergütungsanteile werden vorab je Leistungsbereich in Abzug gebracht und dem hausärztlichen Verteilungsbetrag insgesamt zugeführt.

Zur weiteren Verteilung wird betrachtet, in welcher Punktzahlmenge der einzelne Facharzt in den Quartalen 1-4/99 die betreffenden Leistungen o.g. Leistungsbereiche erbracht hat. Ausgenommen ist der Leistungsbereich der Kardiologie; hier werden die Quartale 1-4/01 für die Betrachtung zugrunde gelegt. Hieraus wird eine durchschnittliche Punktzahl je Leistungsbereich gebildet. Lediglich die zu dieser durchschnittlichen Punktzahl zusätzlich ab dem 01.01.2003 quartalsweise erbrachten und abgerechneten Punktzahlen werden aus dem oben beschriebenen Honorarvolumen je Leistungsbereich vorab mit einem Punktwert von bis zu 5,11 Cent, der dem zur Bewertung der Individualbudgetierung

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

unterliegenden punktzahlbewerteten Leistungen entspricht, vergütet.

Die ab dem 01.01.2000 niedergelassenen Fachärzte erhalten mangels einer eigenen durchschnittlichen Punktzahl aus den Quartalen 1-4/99 die durchschnittliche Punktzahl aller Fachärzte je Leistungsbereich aus den Quartalen 1-4/99 bzw. für den Leistungsbereich der Kardiologie aus 1-4/01, als in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen zugeordnet.

- 3) Die anerkannten Leistungen der in der nachfolgenden Tabelle nicht aufgeführten Facharztgruppen – mit Ausnahme der Pathologen und der psychotherapeutischen Leistungserbringer – werden mit dem rechnerischen Durchschnitts-Punktwert der Fachärzte bewertet und vorab vergütet. Dieser rechnerische Durchschnitts-Punktwert errechnet sich aus der Division des zur Verfügung stehenden fachärztlichen Verteilungsbetrages durch den anerkannten Leistungsbedarf der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Facharztgruppen ohne Anwendung der Begrenzung der Punktzahlen nach § 7.
- 4) Von dem hiernach verbleibenden Verteilungsbetrag werden 0,9833 % für Pathologen der Arztgruppe 47 abgezogen.
- 5) Der verbleibende Verteilungsbetrag wird auf sog. Honorartöpfe, getrennt für einzelne Facharztgruppen, verteilt. Dabei werden die auf der Basis des 4. Quartals 2000 ermittelten prozentualen Anteile zu Grunde gelegt. Die Facharztgruppen und die prozentualen Anteile ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle, wobei die Untergruppeneinteilung der Anlage 1 zur Prüfvereinbarung folgt. Die Aufteilung ist ggf. bei nachhaltig wesentlich geänderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Veränderung der Zahl der Leistungserbringer hierfür ursächlich ist und durch die Regelung dieses HVM keine hinreichende Berücksichtigung findet.

Vertragskassen

Arztgruppen Fachärzte:

	Anteile:
Anaesthesisten der FG 01	2,8166%
Augenärzte der FG 04	8,7616%
Chirurgen der FG 07	7,0780%
Gynäkologen der FG 10	13,5709%
HNO-Ärzte der FG 13	8,1901%
Hautärzte der FG 16	5,8470%
FÄ Internisten der FG 19/ UG A, B, C, 9	3,1222%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 6	2,8302%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 7	0,6991%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 8	0,4041%
Laborärzte der FG 26	4,9310%
Lungenärzte der FG 29	2,2041%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 35	0,7411%
Nervenärzte der FG 38	7,4277%

Vertragskassen

Arztgruppen Fachärzte:

	Anteile:
Neurochirurgen der FG 41	0,2185%
Orthopäden der FG 44	13,0631%
Radiologen/ Strahlentherapie und Nuklearmedizin der FGn 53 und 59	13,1648%
Urologen der FG 56	4,9299%

- 6) Aus dem sog. Honorartopf jeder Fach-/Untergruppe sind quartalsweise – ebenso wie aus dem für die Pathologen der Arztgruppe 47 berücksichtigten Verteilungsanteil in Höhe von 0,9833% – vorab zu berücksichtigen:
 - Die Kosten gemäß EBM für die Laboranalytik sind in Abzug zu bringen.
 - Rückflüsse aus rechtskräftigen Kürzungsmaßnahmen wegen nachträglicher Berichtigungen einschl. Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie nach § 7 oder aufgrund von Job-Sharing-Regelungen.
 - Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben.
 - Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen.
 - Die MRT der Mamma und die PDT sind auf Grundlage der Beschlussfassung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ab dem 01.10.01 als neue Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung in den EBM aufgenommen worden. Einsparungen durch Weiterentwicklung des Labors zum 01.07.2001 von 0,23 % der Gesamtvergütung werden für die Vergütung der Mamma MRT und der PDT zur Verfügung gestellt. Diese 0,23 % werden durch Absenkung aus dem Hausarzttopf und aus den jeweiligen fachärztlichen Honorartöpfen entsprechend der anteiligen Kosten im Laborbereich auf der durchschnittlichen Basis des Jahres 2000 bereinigt. Das sich ergebende Volumen wird den Krankenkassen zur Vergütung der Mamma MRT und PDT zur Verfügung gestellt.
 - Abzüge für die Vergütung von Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen.
- 7) Bei einem Versorgungsbereichswechsel erfolgt die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes. Hierfür wird das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen mit Ausnahme der hausärztlichen Grundvergütung und Einzelleistungen zugrunde gelegt. Bei einem Wechsel vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich ist das zu transferierende Honorarvolumen derjenigen Fach-/ Untergruppe zuzuführen, in die gewechselt wird. Dies gilt entsprechend bei einem

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

Wechsel innerhalb der internistischen Fach-/Untergruppen.

Mit dem sich ergebenden fachärztlichen Verteilungsbetrag werden jeweils aus dem Honorartopf jeder Fach-/Untergruppe alle der Begrenzungsregelung nach § 7 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen vergütet.

§ 6 c

Honorarverteilung für den psychotherapeutischen Leistungsbereich

Aus dem Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich werden sämtliche psychotherapeutischen Leistungen vergütet. Das Honorarvolumen für diesen Leistungsbereich wird separat geführt.

Die psychotherapeutischen Leistungserbringer, deren Anteil an psychotherapeutischen Leistungen aus den Kapiteln G III (GO-Nrn. 855 – 858), G IV und G V EBM mehr als 90% gemessen an dem gesamten ambulant abgerechneten Leistungsbedarf nach Praxisbudget (Basis Vorquartal) in Punkten je Quartal beträgt, erhalten für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels G IV EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer den Mindestpunktwert in Höhe von 3,9202 Cent.

Ärzte für psychotherapeutische Medizin erhalten, auch wenn sie eine weitere Zulassung etwa als Arzt für Psychiatrie haben, für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels G IV EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer ebenfalls den Mindestpunktwert in Höhe von 3,9202 Cent, sofern sie maximal 60 Fälle (ohne Fälle im organisierten Notfalldienst) im jeweiligen Quartal abrechnen.

Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt mit dem sich je Quartal kassengruppenspezifisch ergebenden Restpunktwert.

§ 6 d

Sonstige Regelungen für die Honorarverteilung

- 1) 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 jeweili-

gen Verbundes (§ 73 a SGB V) auf sich vereinigt haben, im Folgezeitraum verändert gemäß den übrigen Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes für die Bildung von Honorartöpfen gemäß § 6 b Abs. 5. 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.

- 2) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.
- 3) 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. 2, mit Ausnahme der Buchstaben g), h), i) j) 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/Begrenzungsregelung

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

- 1) Jede vertragsärztliche Praxis und jeder ermächtigte Arzt erhalten für punktzahlbewertete Leistungen ein maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen (Individualbudget), mit Ausnahme von Pathologen der Arztgruppe 47, Ärzten für physikalisch-rehabilitative Medizin der Arztgruppe 63 und Ärzten für Humangenetik und ggf. andere hier zu berücksichtigende Ärzte der Arztgruppe 72. Das Individualbudget gilt quartalsweise. Wird die ärztliche Tätigkeit im laufenden Quartal aufgenommen oder beendet, reduziert sich das Individualbudget entsprechend. Das Individualbudget ist an die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit am Niederlassungsort (Adresse) gebunden. Es wird bei Verlegung des Tätigkeitsortes und/oder bei Fortführung der Praxis durch einen Nachfolger übertragen. Es kann auch ganz oder teilweise für die Zukunft aufgehoben werden unter

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

der Voraussetzung, dass nicht mehr der gleiche Patientenkreis am neuen Tätigkeitsort oder durch den Nachfolger versorgt wird.

Als Bemessungszeitraum gelten für alle Arztgruppen, mit Ausnahme der Arztgruppen Radiologie und Kardiologie, die Quartale 3/97 bis 2/98. Für Radiologen / Strahlentherapeuten der Fachgruppe 53 und Kardiologen gelten als Bemessungszeitraum die Quartale 3/99 bis 2/2000. Das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen wird aus den individuellen Umsätzen des Durchschnittes des Bemessungszeitraumes bezogen auf Primär- und Ersatzkassen ermittelt.

Aus den Umsätzen werden für die Ermittlung der Individualbudgets folgende Leistungen abgezogen:

- Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst
- Präventionsleistungen
- Impfleistungen
- Leistungen bei der Substitutionsbehandlung
- Psychotherapeutische Leistungen
- Hausärztliche Grundvergütung
- Förderbeträge (AOK, BKK, IKK)
- Förderbeträge ambulantes Operieren (0,45%)
- Vorquartalsberichtigungen der jeweiligen Bezugsquartale
- übrige Vorwegzahlungen gemäß § 6 Abs. 2
- 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

Die um diese Abzüge geminderten Umsätze werden durch die Anzahl der zur Berechnung herangezogenen Quartale dividiert, um den durchschnittlichen Umsatz je Quartal zu bestimmen.

Für die Finanzierung des gemäß § 7 Abs. 2 erlaubten Zuwachses innerhalb der jeweiligen Fach-/Untergruppe werden von jedem individuellen Umsatz 3 % zurückgestellt.

Der nunmehr verbleibende Umsatz wird mit dem Faktor 10 multipliziert.

Daraus ergibt sich das Individualbudget jeder vertragsärztlichen Praxis für punktzahl-bewertete Leistungen ohne Leistungen im organisierten Notfalldienst, Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlung, Schutzimpfungen, psychotherapeutische Leistungen und hausärztliche Grundvergütung.

Vertragsärzte, die ab dem 01.07.1999 bzw. Radiologen und Kardiologen, die ab dem 01.07.2000 zugelassen sind, wird grundsätzlich ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlen-

grenzwert ihrer Fach-/Untergruppe gemäß Abs. 4 für die Dauer von 20 Quartalen als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet.

2) Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt eine solidarische Finanzierung neuer Praxen (Neuniederlassungen ab dem 01.01.2001). Das anerkannte Leistungsvolumen dieser Praxen, bewertet mit 5,11 Cent 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. Die nicht solidarisch finanzierten Zuwächse gehen zu Lasten der Quote der jeweiligen Fach-/Untergruppe.

3) Leistungen, die eine vertragsärztliche Praxis über das ihr zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen hinaus abrechnet, unterliegen einer Kürzung auf dieses Punktzahlvolumen. Die nach der Kürzung verbleibenden punktzahl-bewerteten Leistungen werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent gemessen an der jeweils zur Verfügung stehenden Höhe der Gesamtvergütung bewertet mit der Folge, dass sich quartalsweise eine Fachgruppenquote ergibt, die auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen anzuwenden ist. Wird das zugeordnete maximal abrechenbare Punktzahlvolumen im Abrechnungsquartal unterschritten, tritt die abgerechnete Leistungsmenge bei der Quartalsabrechnung an die Stelle des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens.

Zur Berücksichtigung, dass Primär- und Ersatzkassen unterschiedlich hohe Anteile in die Honorarverteilung einbringen, werden praxisindividuelle Verteilungspunktwerte ermittelt. Es ergeben sich von 5,11 Cent abweichende praxisindividuelle Punktwerte nach Primär- und Ersatzkassen.

4) Der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert errechnet sich wie folgt:

Die nach Abs. 1 verbleibenden Umsätzen je Fach-/Untergruppe, die mit dem Faktor 10 multipliziert worden sind, werden durch die Zahl aller Ärzte dieser Fach-/Untergruppen im Bemessungszeitraum dividiert.

Für die einzelnen Arztgruppen gelten folgende Werte:

Arztgruppe	Punktzahlengrenzwert
Anaesthesisten der FG 01	692.598
Augenärzte der FG 04	828.553

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

Arztgruppe	Punktzahlen- grenzwert
Chirurgen der FG 07	955.273
Gynäkologen der FG 10	596.255
HNO-Ärzte der FG 13	969.311
Hautärzte der FG 16	806.370
Internisten Hausärzte der FG 19	722.473
FÄ Internisten der FG 19/ UG 6	1.018.582
FÄ Internisten der FG 19/ UG 7	1.001.455
FÄ Internisten der FG 19/ UG 8	717.334
FÄ Internisten der FG 19/ UG A, B, C, 9	510.462
Kinderärzte der FG 23	692.470
Laborärzte der FG 26	586.489
Lungenärzte der FG 29	1.087.385
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 35	455.133
Nervenärzte der FG 38	750.276
Neurochirurgen der FG 41	516.419
Orthopäden der FG 44	1.247.349
Radiologen u.a. der FG 53	1.803.650
Urologen der FG 56	743.898
Nuklearmediziner der FG 59	1.790.617
Allgemeinmediziner der FG 80 - 89	612.066

Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte, multipliziert mit dem Faktor 0,35.

- 5) Das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) wird grundsätzlich nach Maßgabe folgender Bestimmungen zugeordnet.
- Für jeden Vertragsarzt, der am 01.07.1999 im Bereich der KV Nordrhein zugelassen war, berechnet sich das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) grundsätzlich auf Basis des Bemessungszeitraumes der Quartale 3/97 bis 2/98.
 - Einem Vertragsarzt, der am 01.07.1999 länger als 20 Quartale im Bereich der KV Nordrhein zugelassen war (sog. Altpraxis) und mit seinem Individualbudget unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe liegt, wird ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf das Individualbudget aus dem Bemessungszeitraum vorbehaltlich der Regelung in § 13 zugeordnet; jedoch wird ihm höchstens ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet.
 - Einem Vertragsarzt, der am 01.07.1999 im Bereich der KV Nordrhein 20 oder weniger als 20 Quartale zugelassen war (sog. Jungpraxis) und mit seinem maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumen unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe liegt, wird bis zum Erreichen der Niederlassungsdauer einschließlich des

20. Quartals ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet. Erreicht der Vertragsarzt in diesem Zeitraum den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe nicht, wird ihm das maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltlich der Regelung in § 13, jedoch höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird. Erreicht oder überschreitet der Vertragsarzt, der am 01.07.1999 20 oder weniger als 20 Quartale zugelassen war (sog. Jungpraxis) mit seinem maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumen den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe, wird ihm der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe als Individualbudget zugeordnet, sofern er nicht bereits vor dem 01.07.1999 den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert überschritten hat und ihm deshalb ein höheres Individualbudget zugeordnet worden ist.

- Für einen Vertragsarzt, der in der Zeit vom 01.07.1999 bis 31.12.2000 zugelassen worden ist, gelten die Bestimmungen der sog. Jungpraxis.
- Einem Vertragsarzt, der ab dem 01.01.2001 im Bereich der KV Nordrhein neu zugelassen ist (sog. Neupraxis), wird ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe für die Dauer von 20 Quartalen als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet. Erreicht der Vertragsarzt in diesem Zeitraum den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe nicht, wird ihm das maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltlich der Regelung in § 13, jedoch höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird.
- Bei Übernahme einer Praxis wird das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen des Vorgängers übernommen. Die Regelungen des § 7 Abs. 1 Satz 4, 5 und 6 gelten entsprechend. Liegt dieses übernommene Punktzahlvolumen unterhalb des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe, wird bis zum Erreichen einer Niederlassungsdauer von 20 abgeschlossenen Quartalen ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlen-

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

grenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet. Erreicht der Vertragsarzt in diesem Zeitraum den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergruppe nicht, wird ihm das maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihm danach ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3% bezogen auf dieses Individualbudget vorbehaltenlich der Regelung in § 13, höchstens jedoch bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird.

- g) Für Radiologen und Kardiologen, die am 01.01.2001 im Bereich der KV Nordrhein zugelassen waren, berechnet sich das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) grundsätzlich auf Basis des Bemessungszeitraumes der Quartale 3/99 bis 2/00. Die vg. Bestimmungen gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass auf den 01.01.2001 abzustellen ist.
- 6) a) Für die Gemeinschaftspraxis, die am 01.07.1999 und im Bemessungszeitraum in der jetzigen Zusammensetzung am derzeitigen Tätigkeitsort bestanden hat, berechnet sich das Individualbudget auf Basis der Quartale 3/97 bis 2/98.
- b) Bei einer Gemeinschaftspraxis, die nicht unter die in Abs. 6 a aufgeführte Regelung fällt, wird das Individualbudget je nach Zusammensetzung der Partner – mit Ausnahme des Job-Sharing-Partners – berechnet aus:
- den Individualbudgets eines oder mehrerer Partner bzw. einer Gemeinschaftspraxis
 - dem maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumen (Individualbudget) mit einem erlaubten Zuwachs von jährlich 3% vorbehaltenlich der Regelung in § 13, jedoch höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe
 - dem erlaubten Zuwachs (maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen) bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe für die Dauer von 20 Quartalen.
- c) Bei Ausscheiden eines Partners – mit Ausnahme des Job-Sharing-Partners – erhält der Ausscheidende bei Fortführung der ärztlichen Tätigkeit dasjenige als Individualbudget, welches er in die Gemeinschaftspraxis eingebracht hat bzw. während der Zusammensetzung realisiert hat. Lässt sich ein maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen nicht einem Partner konkret zuordnen, erhält er den nach Köpfen bemessenen arithmetischen Durchschnittswert. Der Vorstand kann auf Antrag eine abweichende Festsetzung vornehmen, wenn der Antragsteller darlegt, dass ihm nachweislich ein höherer Anteil

zusteht. Zum Nachweis geeignet ist in der Regel der Gemeinschaftspraxisvertrag in seiner zuletzt gegenüber dem Zulassungsausschuss vorgelegten Fassung bzw. die Gewinnverteilung.

- d) Bei Zusammenschluss eines Pathologen der Arztgruppe 47, eines Arztes für physikalisch-rehabilitative Medizin der Arztgruppe 63 oder eines Humangenetikers und ggf. andere hier zu berücksichtigende Ärzte der Arztgruppe 72 mit einem oder mehreren Ärzten, die der Individualbudgetierung unterliegen, wird ein Individualbudget gebildet, bei dem je Angehörigen der nachstehend aufgeführten Gruppe der jeweils zugeordnete Wert als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen mit der Maßgabe in die Berechnung des Individualbudget der Praxis eingestellt wird, dass den Ärzten der nachstehend aufgeführten Gruppen für die Dauer von 20 Quartalen ein erlaubter Zuwachs auf die den Gruppen jeweils zugehörenden Werten zugeordnet wird. Nach Ablauf der 20 Quartale wird das maximal erreichte Punktzahlvolumen der Ärzte der nachstehend aufgeführten Gruppen in das Individualbudget der Praxis eingestellt und für den Fall der Unterschreitung der u.a. Werte ein Zuwachs von jährlich 3% bezogen auf ihr Punktzahlvolumen, jedoch höchstens bis zu dem jeweiligen Wert zugeordnet.

Ärzte für Pathologie der FG 47	783.338
Ärzte für physikalisch-rehabilitative Medizin der FG 63	1.247.349
Ärzte für Humangenetik und ggf. andere hier zu berücksichtigende Ärzte der FG 72	1.319.508

- 7) Eine Praxis behält das ihr zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) sowohl bei einem Versorgungsbereichswechsel, als auch bei einem Wechsel der Fach-/Untergruppe innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereiches.
- 8) Sofern ein Job-Sharing-Arzt (angestellter und/oder zugelassener) in einer Praxis tätig wird, wird das Individualbudget des Arztes, dem der Job-Sharing-Arzt zugeordnet ist, um 3% hiervon erhöht. Für den Fall, dass der Arzt, dem der Job-Sharing-Arzt zugeordnet wird, noch keine abgeschlossenen 20 Quartale zugelassen ist, wird das max. abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen des Arztes um 3% hiervon erhöht; zugestanden wird damit ein erlaubter Zuwachs für die Dauer von 20 Quartalen höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zuzüglich 3%.
- 9) In begründeten Fällen kann nach Anhörung des HVM-Ausschusses der Vorstand auf Antrag aus Si-

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

cherstellungsgründen Zuschläge auf das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen (Individualbudget) 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 ohne Nachfolger, Erlöschen von Ermächtigungen von Krankenhausärzten).
- 10) 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.
- 11) Die Individualbudgets können im übrigen auf Antrag oder von Amts wegen durch den Vorstand geändert werden, aufgrund nachträglich sachlich – rechnerischer Berichtigungen einschließlich Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sonstigen Kürzungsmaßnahmen sowie bei einer Rechtsänderung, die eine andere Berechnung des Individualbudgets der Höhe nach ergibt.

- 12) 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 Überschreitungspunktzahl mit dem arztindividuellen Punktwert aus der gesamten ambulanten Honorarabrechnung. Der Überschreibungsbetrag wird um 50 % gekürzt. Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem in § 6 b Abs. 5 genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes zugeführt. Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % der in v.g. 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.

§ 7 a

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 den getrennt für Primär- und Ersatzkassen ermittelten arztindividuellen Punktwerten aus der gesamten ambulanten Honorarabrechnung. Der Überschreibungsbetrag wird um 50% gekürzt. Die Kürzung ist entsprechend dem Anteil Primär- und Ersatzkassen vorzunehmen.

- 2) Der rechtswirksame Kürzungsbetrag wird dem Verteilungsanteil für die Pathologen (§ 6 b Abs. 4) zugeführt.
- 3) Für fachgleiche Gemeinschaftspraxen gilt Abs. 1 mit der Maßgabe, dass der Punktzahlengrenzwert mit der Zahl der in der Gemeinschaftspraxis tätigen Vertragsärzte – ohne angestellte Ärzte und Job-Sharing-Partner – zu multiplizieren ist.
- 4) Bei der Beschäftigung eines vor dem 01.07.1997 angestellten Arztes werden bei halbtags beschäftigten Ärzten 35 %, bei ganztags beschäftigten Ärzten 70 % vom durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Praxis je Arzt zu dem jeweils geltenden Punktzahlengrenzwert der Praxis hinzuaddiert. Bei Ausscheiden dieses angestellten Arztes werden diese Werte entsprechend subtrahiert.

Dies gilt nicht für nach dem 30.06.1997 angestellte Praxisärzte und Job-Sharing-Ärzte.

- 5) Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % des Punktzahlengrenzwertes nach Abs. 1.

§ 8

Belegärztliche Tätigkeit

Die gemäß § 121 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung einbezogene stationäre Behandlung durch hierzu berechnete Belegärzte wird nach Maßgabe des Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen in der jeweils gültigen Fassung bewertet (BMÄ bzw. EGO, im folgenden EBM genannt), soweit in diesem HVM nichts anderes bestimmt ist:

- 1) Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung folgender Leistungen/ Kapitel des EBM ausgeschlossen:
1, 4, 6, Kap. B II, 25, 26, 27, 40, Kap. B VI und B VII, 111, 113, 114, 122, 126, 128, 130 bis 138, 150, 184, 186, 194, 198, Kap. B XI, 451, Kap. E I bis E IV, 830, 831, 870 bis 884, 1185, 1250, 1445, 5125, 5126, 7103, 7125, 7160, 7161, 7180 und 7181.
Ferner sind Leistungen der Kapitel B, C und F bis N (EBM), die mit weniger als 160 Punkten bewertet sind, sowie die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen der Kapitel B IX und B

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

- X (EBM), die mit weniger als 120 Punkten bewertet sind, nicht berechnungsfähig.
- 2) Die reduzierten Bewertungen nach a) bis c) gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden:
- a) Folgende Leistungen werden mit 60% der im EBM aufgeführten Punktzahl bewertet:
- 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, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 635, 636, 651, 652, 653, 654, 656, 661, 665, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1587, 1588, 1745, 1850, 2174, 2175, 2176
 - die Leistungen des Kapitels O I/II EBM, für die mindestens EUR 2,30 bzw. Leistungen des Kapitels O III EBM, für die mindestens EUR 2,15 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
 - die Leistungen der Kapitel D I und Q EBM mit Ausnahme der Nrn. 5210 bis 5221 EBM
- b) Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 und den Nrn. 5520 bis 5522 werden mit 20% der im EBM aufgeführten Punktzahl bewertet.
- c) Leistungen des Kapitels T werden mit 33 1/3 % der im EBM aufgeführten Punktzahl bewertet.
- 3) Folgende Regelungen sind bei der Abrechnung von Leistungen aus belegärztlicher Tätigkeit zu beachten:
- a) Dem nach § 31 BMV-Ä bzw. § 39 AEV anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 28 EBM vergütet. 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.
- b) 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. 29 EBM mit N, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld berechnet werden. 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.
- c) Der Beistand bzw. die Assistenz nach Nr. 46 EBM, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 EBM kann abgerechnet werden, sofern der Belegarzt seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, dass er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muss.
- d) Die Leistung nach Nr. 51 EBM, ggf. in Verbindung mit einer Gebühr nach Nr. 5 EBM kann, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen, nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentenebene genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig.
- 4) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä bzw. § 41 Abs. 2, 6 und 7 AEV 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. 50 EBM mit N, 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. 29 EBM mit N 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,

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

- 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.
- 5) Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Abs. 1 und 2 vergütet.
- 6) 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.

Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Ersatzkassen ein Betrag von EUR 3,10 pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Primärkrankenkassen vergüten hierfür 60 Punkte. Die Abrechnung erfolgt durch Ansatz der Nr. 7200 EBM auf dem Abrechnungsschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.

§ 9

Erstattung von Kosten

- 1) 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.

- 2) Leistungen, für die Sachkostenerstattungen vereinbart sind, wie z.B.
- Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen (Sachkosten),
 - LDL-Apherese-Sachkosten,
 - für Katarakt-Operationen (Strukturvertrag/Modellvorhaben VOP)
 - Kosten gemäß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen
 - zur Verbesserung der onkologischen Versorgung
 - zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
 - zur ambulanten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten
- werden in der mit den Krankenkassen vereinbarten jeweiligen Kostenhöhe erstattet bzw. pauschal vergütet.

- 3) Kosten für Leistungen nach Kapitel A I. 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.

§ 10

Wegegelder und Wegepauschale für Versicherte der Primärkrankenkassen

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von EUR 1,00 bei Tag und EUR 1,99 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 Praxis-sitz 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 Arztsitz angesetzt werden.

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

- 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.
- 5) Als Wegegeld wird je Doppelkilometer gezahlt:
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 26, 29 oder 50 EBM sowie bei Besuchen nach den Nrn. 25 + 5 oder 150 + 5 EBM EUR 1,48
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 25N, 26N, 29N oder 50N EBM, ggf. im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung nach Nr. 5 EBM EUR 2,45
bei Besuchen nach den Nrn. 25 und 150 EBM EUR 1,18
- g) Einbehalte zur vorläufigen Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen
h) Auszahlungsbetrag
- 2) Von der Zahlung an die an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung der KV Nordrhein beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht.
Auf das Vierteljahreshonorar erhalten die an der Honorarverteilung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe mindestens 20%, höchstens jedoch 30% des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die KVNo fertiggestellten Quartalsabrechnung betragen soll. Die Restzahlung für die fertiggestellte Quartalsabrechnung erfolgt bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden 4. Monats. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind.

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

§ 11 Honorarbescheid

- 1) Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Abrechnungsbescheid. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen insbesondere ersichtlich sein:
- a) die angeforderten und die nach Prüfung und ggf. Budgetierung anerkannten Punktzahlen mit den sich hieraus ergebenden Honorarzahlen sowie weitere Vergütungen für nicht punktzahlbewertete Leistungen
 - b) das nach § 7 festgestellte Kürzungsvolumen
 - c) weitere Abzüge (z.B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.)
 - d) weitere Gutschriften (z.B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
 - e) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger für punktzahlbewertete bzw. nicht punktzahlbewertete Leistungen
 - f) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskosten
- 3) 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.
- 4) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z.B. Beendigung der Zulassung wg. Erreichens der Altersgrenze, Tod, Wegzug, Verzicht, Aufgabe der Praxis, Entziehung der Zulassung) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den Gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Einbehaltung kann durch Stel-

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

lung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

- 5) Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

§ 12

Ausnahmeregelung

Da die Auswirkungen dieses HVM 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 Fachgruppe 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 Fachgruppen beobachten und im Falle gravierender Veränderungen der Vertreterversammlung Vorschläge für eine Anpassung der Fachgruppentöpfe unterbreiten.

§ 13

Voraussetzung für erlaubten Zuwachs

- 1) Ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % für sog. Altpraxen wird unter der Voraussetzung zugeordnet, dass die vertragsärztliche Praxis bzw. der ermächtigte Arzt ihren anerkannten Leistungsbedarf, der dem Individualbudget unterliegt, in Punkten gegenüber dem Bemessungszeitraum bzw. nach dem Wechsel des Status einer sog. Jungpraxis zu einer sog. Altpraxis gegenüber dem durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe gesteigert hat; ist keine Steigerung erfolgt, wird ein Zuwachs nicht zugestanden. Bei Zusammenschluss eines Pathologen der Arztgruppe 47, eines Arztes für physikalisch-rehabilitative Medizin der Arztgruppe 63 oder eines Humangenetikers und ggf. andere hier zu berücksichtigende Ärzte der Arztgruppe 72 mit einem oder mehreren Ärzten, die der Individualbudgetierung unterliegen, wird den nicht der Individualbudgetierung unterliegenden Ärzten ein erlaubter Zuwachs von jährlich 3 % unter der Voraussetzung zugeordnet, dass der anerkannte Leistungsbedarf in Punkten gegenüber dem diesen Ärzten in § 7 Abs. 6 d) HVM zugeordneten Werten gesteigert worden ist; ist keine Steigerung erfolgt wird ein Zuwachs nicht zugestanden.
- 2) Diese Regelung gilt sowohl für den HVM ab dem 1. Quartal 2003, als auch für alle Fassungen des HVM ab dem 3. Quartal 1999 mit der Maßgabe, dass für

die Quartale III/99 bis IV/02 die Honorarbescheide aufgrund des Verbots der Verböserung auch dann nicht mehr zu Lasten eventueller Widerspruchsführer und/oder Kläger geändert werden können, wenn die Voraussetzungen für einen erlaubten Zuwachs im konkreten Fall nicht gegeben sind.

§ 14

Inkrafttreten

Dieser HVM tritt mit Wirkung zum 01.01.2003 in Kraft.

Ausgefertigt, Düsseldorf, den 02.12.2002

*gez. Frau Dr. Friedländer
Vorsitzende der Vertreterversammlung*

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein Ärztammer Nordrhein Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Fortbildungsveranstaltung

in Zusammenarbeit mit der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

„Kardiologie II“

Diagnostik und Therapie kardialer Synkopen als Aufgabe der integrierten Versorgung

Datum: Mittwoch, 15. Januar 2003, 16.00 Uhr – 19.00 Uhr
Ort: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Am Bonnehof 6, 40474 Düsseldorf, großer Vortragssaal

Begrüßung Dr. med. Arnold Schüller,
Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein

Einführung Dr. med. Klaus Uwe Josten,
Vorsitzender des Ausschusses
Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein

Moderation Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow
Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der
Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und
Weiterbildung, Düsseldorf
Dr. jur. Heinz-Dieter Laum, Präsident des OLG a.D.,
Mülheim a.d. Ruhr, Vorsitzender der Gutachter-
kommission für ärztliche Behandlungsfehler

Diagnose und Therapie der kardialen Synkope:
Was ist feste Strategie – welche Probleme sind offen?
Prof. Dr. Dr. h.c. Berndt Lüderitz, Direktor der Medizinischen Klinik II
und Poliklinik, Rhein. Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Zur Diskussion aufgefordert: Klaus Nimpinsel,
Leiter des Geschäftsbereichs für Ärzte der AOK Rheinland

Fieber nach Schrittmacherimplantation:
Prävention – Diagnose – Therapie
Dr. med. Lars-Immo Krämer, Klinik II und Poliklinik für Innere
Medizin, Universitätsklinikum Köln (Klinikum Merheim), Köln

Zur Diskussion aufgefordert:
Dr. med. Fokko de Haan, Solingen
Dr. med. Michael Südkamp, Köln

Schlusswort Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow

Hinweis Anmeldung nicht erforderlich

Sonstiges AiP-anerkannt

Zertifiziert 4 Punkte

Rückfragen unter

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Frau Dr. med. M. Levartz
Tersteegenstraße 31, 40474 Düsseldorf
Tel.: (49) 0211/43 02-557, FAX: (49) 0211/43 02-558
E-Mail: IQN@aekno.de

**AMTLICHE
BEKANNTMACHUNGEN**

Anlage 1

Anlage zum HVM gem. § 4 Abs. 7 HVM

KVNo Bezirksstelle Muster



(Stempel des Vertragsarztes)

1. Quartal 2003

Eingang:
Annahme:	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>
Grobsort:	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>

Gesamtaufstellung (Bitte die Fälle aus den Einzelaufstellungen hier eintragen!)

Abrechnungsgebiete	Gebühren- ordnung	Arbeits- gebiet	Anzahl der Be- handlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG) Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundesgrenzschutz, SHT), Postbeamte A - Abrechnung ab 01.01.96 nach EGO, Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
Gesamt			

1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

Ich versichere / Wir versichern, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erfolgt ist.

Datum/ Unterschrift/en _____

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) ausgeführt wurden. Keine der in Rechnung gestellten Leistungen wurde durch einen von der KV Nordrhein nicht genehmigten ärztlichen Assistenten / AiP und/oder angestellten Arzt/Ärztin sowie in einer nicht genehmigten Zweigpraxis ausgeführt.

In der Zeit vom..... bis..... war Frau/Herr Dr. med..... als genehmigte(r) Assistent/in und/oder angestellte(r) Arzt/Ärztin in meiner Praxis tätig.

In der Zeit vom..... bis..... wurde ich in meiner Praxis von Frau/Herrn Dr..... vertreten.

Datum/ Unterschrift/en _____

Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst

Ich versichere,

- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____
- die am / an folgenden Tagen..... Datum/ Unterschrift _____

abgerechneten Leistungen selbst oder durch meinen Vertreter als Leistungen im organisierten Notfalldienst in eigener Praxis bzw. in einer von KVNo und ÄKNo genehmigten Notfallpraxis erbracht zu haben.

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere / Wir versichern, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Unterschrift/en _____

Weitere Erklärungen **rückseitig**.

Bitte die jeweils zutreffende(n) Erklärung(en) **rückseitig** unterschreiben.

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 2) **Erklärung gemäß § 42 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 35 Abs. 3 AEV - EDV-gestützte Quartalsabrechnung**
Hiermit bestätige ich / wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete System entspricht der von der KBV geprüften und freigegebenen Version.

Erklärung gemäß § 4 Abs. 9 HVM KVNo - EDV-gestützte Quartalsabrechnung

Hiermit versichere ich / wir, dass in den von mir zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

Erklärung bei Abrechnung mittels Datenträger gemäß den DTA-Richtlinien

Ich versichere / Wir versichern

- dass für alle Behandlungen, für die ein konventionell abrechnender Arzt einen Abrechnungsbeleg einzureichen hat, ein entsprechender Datensatz auf dem Datenträger / den Datenträgern vorhanden ist
- dass alle gemäß DT-Richtlinien 2.6 einzureichenden Abrechnungsbelege dem Datenträger / den Datenträgern beigelegt wurden
- dass die Sortierreihenfolge dieser Abrechnungsbelege der Sortierreihenfolge der Datensätze auf dem / den Datenträger(n) entspricht.

Anzahl eingereicherter Disketten:Prüf-Nr. (bzw. Prüf-Datum).....

Unterschrift/en _____

- 3) **Erklärung Qualitätssicherung / Labor**
Ich versichere / Wir versichern, dass die in meinem und / oder anderen ärztlich geleiteten Laboratorien durchgeführten Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3705 BMÄ/EGO bzw. Analysen mit vortestierten Reagenzien (Trockenchemie) nach den gemäß § 4 Abs. 9 der Satzung der KVNo vom Vorstand erlassenen Richtlinien über die Auswahl, den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung von medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen bzw. den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (RILIBÄK) der internen Qualitätssicherung unterworfen sind.

Unterschrift/en _____

- 4) **Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Kapitel O III bzw. B IX/B X)**
Ich bestätige / Wir bestätigen, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Kapitel O III bzw. entsprechende aus den Kapiteln B IX und / oder B X BMÄ/EGO von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) aus- und durchgeführt wurden.

Unterschrift/en _____

- 5) **Erklärung bei Abrechnung von Zuschlägen für ambulante Operationen**
Ich versichere / Wir versichern, dass in meiner Praxis / in den von mir genutzten Op.-Einrichtungen die für die ambulante Durchführung operativer Leistungen in Abschnitt B VI EBM genannten Mindestanforderungen sowie die Voraussetzungen gemäß der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V" vom 13.06.1994 erfüllt wurden.

Unterschrift/en _____

Erklärung bei Teilnahme an Strukturverträgen zur Förderung ambulanter krankenhauersetzender Leistungen

Hiermit bestätige ich / wir, dass ich mit einer Begehung meiner Operationsräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Kommission einverstanden bin.

Unterschrift/en _____

- 6) **Erklärung bei hausärztlicher Versorgung in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen**
Ich versichere / Wir versichern, 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 oder dessen / deren Vertreter erbracht wurden.

Unterschrift des/der hausärztlich tätigen Arztes/Ärzte _____

- 7) **Erklärung bei Abrechnung der Nrn. 63 bis 69 EBM**
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.

Unterschrift _____

- 8) **Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. A I. 4 der Allg. Bestimmungen des EBM**
Ich erkläre / Wir erklären, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß A I.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV 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.

Unterschrift/en _____

- 9) **Erklärung bei Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung**
Ich versichere / Wir versichern, dass die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht und ausgeführt worden sind.

Unterschrift/en _____

**AMTLICHE
BEKANNTMACHUNGEN**

Anlage 2

Anlage zum HVM gem. § 4 Abs. 7 HVM

KVNo Bezirksstelle Muster



(Stempel des Vertragsarztes)

1. Quartal 2003

Eingang:
Annahme:	<input type="text"/>
Grobsort:	<input type="text"/>

Gesamtaufstellung / Ermächtigte Ärzte
(Bitte die Fälle aus den Einzelaufstellungen hier eintragen!)

Abrechnungsgebiete	Gebühren- ordnung	Arbeits- gebiet	Anzahl der Be- handlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG)			
Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundesgrenzschutz, SHT), Postbeamte A - Abrechnung ab 01.01.96 nach EGO , Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
		Gesamt	

- 1) Erklärung zur Quartalsabrechnung**
Ich versichere, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erfolgt ist.

Datum/ Unterschrift _____

Ich versichere hiermit, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir persönlich oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden..

Datum/ Unterschrift _____

Abrechnung von Überweisungsscheinen
Ich versichere, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Unterschrift _____

- 2) Erklärung gemäß § 42 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 35 Abs. 3 AEV - EDV-gestützte Quartalsabrechnung**
Hiermit bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete System entspricht der von der KBV geprüften und freigegebenen Version

Erklärung gemäß § 4 Abs. 9 HVM KVNo - EDV-gestützte Quartalsabrechnung
Hiermit versichere ich, dass in den von mir zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

Erklärung bei Abrechnung mittels Datenträger gemäß den DTA-Richtlinien

- Ich versichere
- dass für alle Behandlungen, für die ein konventionell abrechnender Arzt einen Abrechnungsbeleg einzureichen hat, ein entsprechender Datensatz auf dem Datenträger / den Datenträgern vorhanden ist
 - dass alle gemäß DT-Richtlinien 2.6 einzureichenden Abrechnungsbelege dem Datenträger / den Datenträgern beigelegt wurden
 - dass die Sortierreihenfolge dieser Abrechnungsbelege der Sortierreihenfolge der Datensätze auf dem / den Datenträger(n) entspricht.

Anzahl eingereichter Disketten:Prüf-Nr. (bzw. Prüf-Datum).....

Unterschrift _____

Weitere Erklärungen **rückseitig**.
Bitte die jeweils zutreffende(n) Erklärung(en) **rückseitig** unterschreiben.

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 3) **Erklärung Qualitätssicherung / Labor**
Ich versichere, dass die in meinem und/oder anderen ärztlich geleiteten Laboratorien durchgeführten Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3705 BMÄ/ EGO bzw. Analysen mit vorportionierten Reagenzien (Trockenchemie) nach den gemäß § 4 Abs. 9 der Satzung der KVNo vom Vorstand erlassenen Richtlinien über die Auswahl, den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung von medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen bzw. den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (RILIBÄK) der internen Qualitätssicherung unterworfen sind.

Unterschrift _____

- 4) **Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Kapitel O III bzw. B IX/B X)**
Ich bestätige, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Kapitel O III bzw. entsprechende aus den Kapiteln B IX und/oder B X BMÄ/ EGO von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) aus- und durchgeführt wurden.

Unterschrift _____

- 5) **Erklärung bei Abrechnung von Zuschlägen für ambulante Operationen**
Ich versichere, dass in meiner Praxis/in den von mir genutzten Op.-Einrichtungen die für die ambulante Durchführung operativer Leistungen in Abschnitt B VI EBM genannten Mindestanforderungen sowie die Voraussetzungen gemäß der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V" vom 13.06.1994 erfüllt wurden.

Unterschrift _____

- 6) **Erklärung bei Abrechnung der Nrn. 63 bis 69 EBM**
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.

Unterschrift _____

- 7) **Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. A I. 4 der Allg. Bestimmungen des EBM**
Ich erkläre, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß A I. 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV 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.

Unterschrift _____

- 8) **Erklärung bei Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung**
Ich versichere, dass die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht und ausgeführt worden sind.

Unterschrift _____