

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Beschlüsse, die die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag in ihrer 23. Sitzung am 21./22. Mai 1973 gefaßt hat

151. zu §§ 13 bis 16 des Vertrages

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt zur Auslegung der §§ 13 bis 16 des Vertrages

Auswahlrichtlinien für die Einleitung des Prüfverfahrens

Der zwischen den Ersatzkassenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestehende Vertrag berechtigt und verpflichtet die Vertragsärzte im Rahmen der ärztlichen Versorgung zu allen Maßnahmen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Erkennung, Heilung oder Linderung einer Krankheit zweckmäßig und erforderlich sind.

Durch die Gestaltung des Vertrages und der Gebührenordnung ist sichergestellt, daß die Versicherten der Ersatzkassen einen Anspruch auf optimale, dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung haben. Fehlentwicklungen ist jedoch entgegenzuwirken.

An diesen Grundsätzen haben sich die Regeln des Prüfverfahrens zu orientieren. Die Verpflichtung zur Prüfung liegt in erster Linie bei der Selbstverwaltung der Ärzte.

Die Prüforgane haben die Aufgabe, dem geltenden Recht entsprechend im Sinne eines gerechten Interessenausgleichs zwischen der Versicherungsgemeinschaft insgesamt, dem einzelnen Versicherten und dem Arzt zu wirken.

Als Basis für die Auswahl zum Prüfverfahren hat die Arbeitsgemeinschaft (§ 19 Arzt-/Ersatzkassenvertrag) die folgenden Richtlinien beschlossen.

Ziel dieser Richtlinien ist es, die sachgerechte Information als Regulativ in den Vordergrund zu stellen und das Prüfverfahren im Rahmen der gefestigten Rechtsprechung praktikabel zu gestalten.

1. Rechnungslegung nach § 13 Ziffer 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag

1.1. Der Gesamtleistungsnachweis (Mantelrechnung) ist nach einem einheitlichen Schema zu gestalten. Aus der Gliederung muß für jeden Arzt, jede Fachgruppe und für alle Ärzte im einzelnen hervorgehen:

1. Grundleistungen (Abschnitt B I)
 - a) Beratungen (Ziffern 1–4 a)
 - b) Besuche (Ziffern 5–8 a)
2. Allgemeine Leistungen (Abschnitt B II, Ziffern 9, 10, 13–18)
3. Allgemeine und spezielle Sonderleistungen (Abschnitte C und D)
4. Phys.-med. Leistungen (Abschnitt E)
5. Laboratoriumsleistungen (Abschnitt F)
6. Röntgenleistungen und Radionuklide (Abschnitt G)
7. Wegegebühren (Abschnitt B II, Ziffern 11 und 12)
8. Sonstige Leistungen (Portokosten [§ 12 a], Kosten für radioaktive Stoffe [§ 12 b], Versandkostenpauschale [Ziff. 18 a–18 d] usw.)
9. Gesamtbetrag

1.2. Neben dem Gesamtleistungsnachweis erhält jede Vertragskasse den Einzelnachweis (Einzelabrechnung) je Arzt.

2. Statistiken

2.1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen dem VdAK-Ortsausschuß nach Abschluß der jeweiligen Quartalsabrechnung folgende Unterlagen in mindestens zweifacher Ausfertigung zur Verfügung:

1. Leistungsgruppenübersicht (Gesamtübersicht) je Arzt und Fachgruppe.
2. Gebühreuziffernübersicht (Häufigkeitsstatistik) je Arzt und Fachgruppe.

2.2. Der Aussagewert dieser Übersichten muß in etwa den als Anlagen 1 und 2 beigefügten Mustern entsprechen.

3. Auswahl zur Rechnungsprüfung nach § 14 Ziffer 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag

3.1. Die Auswahl zur Rechnungsprüfung hat sich zu erstrecken auf

3.1.1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Gruppenfallwert (Fachgruppennachschnitt)

1. um mehr als 150% der mittleren Abweichung überschreitet, sofern die KV die statistische Abweichung nach der Gauß'schen Normalverteilung berechnet, oder

2. um mehr als 40% überschreitet, sofern die statistische Abweichung nach der herkömmlichen Methode errechnet wird;

3.1.2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen der Fallwert den Gruppenfallwert

1. um mehr als 300% der mittleren Abweichung überschreitet, sofern die KV die statistische Abweichung nach der Gauß'schen Normalverteilung abrechnet, oder

2. um mehr als 80% überschreitet, sofern die statistische Abweichung nach der herkömmlichen Methode errechnet wird;

Arzt-/Ersatzkassenvertrag

3.1.3. Honorarabrechnungen bei erheblicher Überschreitung des Gruppenfallwertes der einzelnen Leistung, bezogen auf vergleichbare Gruppen;

3.1.4. Honorarabrechnungen, bei denen die KV aus anderen Gründen eine Prüfung für notwendig hält.

3.2. Die Namen der Vertragsärzte, deren Honorarabrechnungen nach den in 3.1.1. bis 3.1.4. genannten Kriterien zu prüfen sind, werden in einem Protokoll genannt, das dem VdAK-Ortsausschuß in doppelter Ausfertigung zugeht. Soweit bei einzelnen Honorarabrechnungen auf Grund anzuerkennender Praxisbesonderheiten ein Prüfverfahren nicht eingeleitet werden soll, wird im Protokoll eine entsprechende Begründung gegeben.

4. Information der Vertragsärzte und der VdAK-Ortsausschüsse durch die Prüfungskommission

4.1. Die Tätigkeit der Prüfungskommission nach § 14 Ziffer 1 des Vertrages erstreckt sich im wesentlichen auf die sachgerechte Information bei Überschreitung der Gruppenfallwerte insgesamt, der einzelnen Leistungsgruppen bzw. der einzelnen Leistung. Soweit bei einzelnen Honorarabrechnungen auf Grund anzuerkennender Praxisbesonderheiten die sachgerechte Information unterbleiben kann, wird im Protokoll eine entsprechende Begründung gegeben.

4.2. Honorarkürzungen nach § 14 Ziffer 1 werden von der Prüfungskommission auferlegt, wenn der betroffene Vertragsarzt über die Höhe der Überschreitung des Gruppenfallwertes insgesamt, der einzelnen Leistungsgruppen bzw. der einzelnen Leistung ausreichend informiert war und bei unwirtschaftlicher Abrechnungsweise keine Änderung eingetreten ist.

4.3. Ausreichend informiert sind (und zwar auch zum Zeitpunkt des

Inkrafttretens dieser Richtlinien) Vertragsärzte, die wiederholt in den der Prüfung vorausgegangen Quartalen unterrichtet oder von Maßnahmen nach § 14 Ziffer 1 des Vertrages betroffen wurden.

4.4. Die Namen der mündlich informierten Vertragsärzte werden dem VdAK-Ortsausschuß unter Angabe der Beanstandungsgründe mitgeteilt.

4.5. Für die schriftliche Information sind die als Anlagen beigefügten Standardmuster (Informationen Behandlungsweise Nr. 1, 2, 3) zu verwenden. Die Durchschriften der Informationen sind dem VdAK-Ortsausschuß in zweifacher Ausfertigung zuzuleiten.

5. Honorarwidersprüche nach § 15 Ziffer 6 Arzt-/Ersatzkassenvertrag

Die Prüfung und Entscheidung der Prüfungskommission nach § 14 Ziffer 1 des Vertrages macht Widersprüche nach § 15 Ziffer 6 des Vertrages seitens des VdAK-Ortsausschusses entbehrlich, soweit die Entscheidungen der Prüfungskommission den Erwartungen der Vertragspartner im Sinne dieser Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft entsprechen. Sind Honorarwidersprüche dennoch zweckmäßig, soll darüber in der Regel zunächst mit der KV bzw. der Prüfungskommission ein Gespräch gegebenenfalls mit dem Ziel weitergehender Maßnahmen nach § 14 Ziffer 1 des Vertrages für künftige Quartale und/oder einer gezielteren Information des Vertragsarztes geführt werden.

6. Prüfung der Verordnungsweise nach § 16 Arzt-/Ersatzkassenvertrag

6.1. Die Information der Vertragsärzte über die Höhe ihrer Verordnerungskosten steht auch im Vordergrund der Arzneiprüfung.

6.2. Bei Überschreitung des Gruppenfallwertes

6.2.1. um mehr als 40% wird der Vertragsarzt unter Angabe der Höhe seines Fallwertes, des Gruppenfallwertes sowie der prozentualen Überschreitung schriftlich informiert;

6.2.2. um mehr als 80% werden dem Vertragsarzt im Rahmen einer persönlichen Anhörung das Ausmaß seiner Überschreitung sowie Art und Umfang seiner Verordnungsweise unter Berücksichtigung seiner Behandlungsweise in geeigneter Weise dargelegt; wenn notwendig, wird er zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise angehalten.

6.3. Dem Vertragsarzt wird bekanntgegeben, daß die Information nach 6.2.1. bzw. 6.2.2. zur Abwendung von Prüfmaßnahmen, gegebenenfalls eines Schadenersatzes, stattfindet.

6.4. Die Namen der informierten Vertragsärzte werden dem VdAK-Ortsausschuß mitgeteilt; desgleichen, ob es sich um eine mündliche und/oder schriftliche Information gehandelt hat. Für die schriftliche Information sind die als Anlagen beigefügten Standardmuster (Informationen Verordnungsweise Nr. 1, 2, 3) zu verwenden.

6.5. Sofern die Information als Regulativ wirkt, wird der VdAK-Ortsausschuß von Prüfungsanträgen nach § 16 Ziffer 1 des Vertrages absehen. Ausreichend informiert sind (und zwar auch zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinien) Vertragsärzte, die wiederholt von Maßnahmen nach § 16 Ziffer 4 bzw. § 16 Ziffer 5 des Vertrages betroffen waren.

6.6. Der VdAK-Ortsausschuß wird den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Arzneikostenstatistik den Gruppenfallwert und den Fallwert aller Vertragsärzte zur Verfügung stellen.

(gültig ab 1. Juli 1973)

Der Beschluß wird veröffentlicht.

Information Behandlungsweise Nr. 1 Datum

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arztnummer:

Information über Ihre Ersatzkassen-Honorarabrechnung (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über Ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Honorarabrechnung im Vergleich zu Ihrer Fachgruppe folgende Zahlen:

Leistungs- sparte (s. Rückseite)	Fallwerte		Überschreitung %
	Vertragsarzt DM	Fachgruppe DM	
Bemerkungen:			

Diese Information soll Ihnen die Möglichkeit geben, Ihre Behandlungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren, da es im gemeinsamen Interesse liegt, Honorarkürzungen zu vermeiden.

Mit kollegialer Hochachtung

(Anlagen zu Beschluß Nr. 151 [4. 5.])

Information Behandlungsweise Nr. 2 (Datum)

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arztnummer:

Information über Ihre Ersatzkassen-Honorarabrechnung (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über Ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Honorarabrechnung im Vergleich zu Ihrer Fachgruppe folgende Zahlen:

Leistungs- sparte (s. Rückseite)	Fallwerte		Überschreitung %
	Vertragsarzt DM	Fachgruppe DM	
Bemerkungen:			

Diese Information soll Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, Ihre Behandlungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren, da es im gemeinsamen Interesse liegt, Honorarkürzungen zu vermeiden.

Mit kollegialer Hochachtung

(Rückseite der Anlagen zu 4. 5.)

**Leistungs-
sparte*)**

1. Grundleistungen	(Abschnitt B I)
a) Beratungen	(Ziffern 1-4 a)
b) Besuche	(Ziffern 5-8 a)
2. Allgemeine Leistungen	(Abschnitt B II, Ziffern 9, 10, 13-18)
3. Allgemeine und spezielle Sonderleistungen	(Abschnitte C und D)
4. Phys.-med. Leistungen	(Abschnitt E)
5. Laboratoriumsleistungen	(Abschnitt F)
6. Röntgenleistungen und Radionuklide	(Abschnitt G)
7. Wegegebühren	(Abschnitt B II, Ziffern 11 und 12)
8. Sonstige Leistungen	(Portokosten [§ 12 a], Kosten für radioaktive Stoffe [§ 12 b], Versandkostenpauschale [Ziff. 18 a-18d] usw.)
9. Gesamtbetrag	

*) Hinweise außerhalb der Vergleichszahlen der Gruppen 1 bis 9 erfolgen unter „Bemerkungen“.

Information Behandlungsweise Nr. 3 (Datum)

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arztnummer:

Information über Ihre Ersatzkassen-Honorarabrechnung (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über Ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Honorarabrechnung im Vergleich zu Ihrer Fachgruppe folgende Zahlen:

Leistungs- sparte (s. Rückseite)	Fallwerte		Überschreitung %
	Vertragsarzt DM	Fachgruppe DM	
Bemerkungen:			

Diese Information soll Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, Ihre Behandlungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und zu korrigieren, da nach der geltenden Rechtsprechung bei einer solchen Überschreitung des Gruppenfallwertes bereits eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermutet werden kann.

Wir weisen darauf hin, daß die Nichtberücksichtigung der vorstehenden Information die Möglichkeit von Prüfmaßnahmen, insbesondere eine Honorarkürzung, zur Folge haben kann.

Mit kollegialer Hochachtung

Arzt-/Ersatzkassenvertrag

Information Arzneiverordnungsweise Nr. 1 (Datum)

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arznummer:

Information über Ihre Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis folgende Zahlen:

Vergleichszahlen		Überschreitung
Vertragsarzt	Fachgruppe	
DM	DM	%
Bemerkungen:		

Diese Information soll Ihnen die Möglichkeit geben, Ihre Verordnungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren, da es im gemeinsamen Interesse liegt, die vertragsrechtlich möglichen Schadenersatzansprüche zu vermeiden.

Mit kollegialer Hochachtung

Information Arzneiverordnungsweise Nr. 2 (Datum)

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arznummer:

Information über Ihre Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis folgende Zahlen:

Vergleichszahlen		Überschreitung
Vertragsarzt	Fachgruppe	
DM	DM	%
Bemerkungen:		

Diese Information soll Ihnen noch mal s die Möglichkeit geben, Ihre Verordnungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren, da es im gemeinsamen Interesse liegt, die vertragsrechtlich möglichen Schadenersatzansprüche zu vermeiden.

Mit kollegialer Hochachtung

(Anlagen zu Beschluß Nr. 151 [6. 4.])

Information Arzneiverordnungsweise Nr. 3 (Datum)

Kassenärztliche Vereinigung Dr. med.
Arznummer:

Information über Ihre Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis (Quartal: ...)

Sehr geehrte (r)

Die Versicherten der Ersatzkassen haben einen Anspruch auf eine dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Behandlung und medikamentöse Versorgung. Dabei ist jedoch eine wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise zu beachten.

Die sachgerechte Information der Vertragsärzte über ihre Honorar- und Arzneikosten steht im Vordergrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag.

Es ergaben sich bei Ihrer Arzneiverordnungsweise in der Ersatzkassenpraxis folgende Zahlen:

Vergleichszahlen		Überschreitung
Vertragsarzt	Fachgruppe	
DM	DM	%
Bemerkungen:		

Diese Information soll Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, Ihre Verordnungsweise auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen und zu korrigieren, da nach der gefestigten Rechtsprechung bei einer solchen Überschreitung des Gruppenfallwertes bereits eine unwirtschaftliche Verordnungsweise vermutet werden kann.

Wir weisen darauf hin, daß die Nichtberücksichtigung der vorstehenden Information die Möglichkeit von Prüfmaßnahmen, insbesondere einen Schadenersatzanspruch, zur Folge haben kann.

Mit kollegialer Hochachtung

152. Ergänzung der E-Adgo

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Es wird ein § 17 angefügt:

§ 17 Vergütung von Laborleistungen in vertragsärztlichen Laborgemeinschaften:

a) Rechnet ein Vertragsarzt vertragsärztliche Leistungen nach den Ziffern 700 bis 793 und nach den Ziffern 800 bis 806 als Teilnehmer einer Laborgemeinschaft von mehr als zehn Vertragsärzten ab, werden diese Leistungen mit 85% der Sätze dieser Gebührenordnung vergütet.

b) Die erbrachten Laborleistungen werden dann vergütet, wenn die folgenden, der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber nachzuweisenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Zusammenschluß ist von den teilnehmenden Vertragsärzten unter Vorlage aller zugrunde liegen-

den Vereinbarungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu melden. Diese informiert den zuständigen VdAK-Ortsausschuß. Die eingesetzten Laborgeräte sowie Änderungen sind anzugeben.

2. Die teilnehmenden Vertragsärzte haben eine kontinuierliche, für alle Leistungsbereiche qualifizierte ärztliche Aufsicht zu gewährleisten.

3. Die einwandfreie Übermittlung des Untersuchungsmaterials und die unverzügliche Mitteilung des Ergebnisses müssen gesichert sein. Kosten für die Hin- und Rücksendung des Untersuchungsmaterials werden nicht gesondert vergütet.

4. Jeder der teilnehmenden Vertragsärzte darf nur solche Laborleistungen abrechnen, die er auf Grund seiner persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten innerhalb seines Fachgebietes auch in seiner eigenen Praxis erbringen dürfte.

5. Die Qualitätssicherung ist gemäß den hierfür geltenden Bestimmungen durchzuführen.

c) Der Vertragsarzt rechnet seine in der Laborgemeinschaft erbrachten, auf dem Behandlungsausweis besonders gekennzeichneten Leistungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab und fügt eine Quartalsaufstellung der Laborgemeinschaft bei.

Es werden die Ziffern 899 a bis 899 h eingefügt:

899 a Quantitative, klinisch-chemische Untersuchungen eines eingesandten oder direkt entnommenen Untersuchungsmaterials mittels eines vollmechanisierten Analysengerätes, das aus einer Probe in einem zusammenhängenden Arbeitsgang die Untersuchungsergebnisse von drei bis fünf verschiedenen Parametern (Profil) liefert, je indiziertem Parameter (Einzelanalyse) 9,65 DM

899 b Höchstbetrag zu Ziffer 899 a 13,75 DM

899 c Quantitative, klinisch-chemische Untersuchungen eines eingesandten oder direkt entnommenen Untersuchungsmaterials mittels eines vollmechanisierten Analysengerätes, das aus einer Probe in einem zusammenhängenden Arbeitsgang die Untersuchungsergebnisse von sechs bis elf verschiedenen Parametern (Profil) liefert, je indiziertem Parameter (Einzelanalyse) 9,65 DM

899 d Höchstbetrag zu Ziffer 899 c 19,25 DM

899 e Quantitative, klinisch-chemische Untersuchungen eines eingesandten oder direkt entnommenen Untersuchungsmaterials mittels eines vollmechanisierten Analysengerätes, das aus einer Probe in einem zusammenhängenden Arbeitsgang die Untersuchungsergebnisse von mindestens zwölf verschiedenen Parametern (Profil) liefert, je indiziertem Parameter (Einzelanalyse) 9,65 DM

899 f Höchstbetrag zu Ziffer 899 e 24,10 DM

Die Ziffern 899 a bis 899 f dürfen für die Untersuchung eines Untersuchungsmaterials nicht nebeneinander berechnet werden, auch nicht an verschiedenen Tagen.

899 g Quantitative hämatologische Untersuchungen (wie Erythrozyten-, Leukozytenzählung, Hämoglobinbestimmung, Hämatokritwert) eines eingesandten oder direkt entnommenen Blutes mittels eines vollmechanisierten Analysengerätes, das aus einer Probe in einem zusammenhängenden Arbeitsgang die Untersuchungsergebnisse von mindestens drei verschiedenen Parametern einschl. Berechnungswerte (Profil) liefert, je indiziertem Parameter (Einzelanalyse) 4,15 DM

899 h Höchstbetrag zu Ziffer 899 g 11,00 DM

Die Ziffern 899 a bis 899 h sind an einem Tag je Untersuchungsmaterial nur einmal berechnungsfähig.

Die in einem Profil enthaltenen Parameter (Einzelanalysen) können nur nach den Ziffern 899 a bis 899 h abgerechnet werden. Die Gebührenspositionen für die herkömmlichen Untersuchungsmethoden sind dafür nicht berechnungsfähig.

Die vorstehenden Ergänzungen der E-Adgo gelten ab 1. Juli 1973; sie werden veröffentlicht.

Osnabrück, den 22. Mai 1973

Kassenarztsitze

Niedersachsen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen werden folgende Kassenarztsitze als vordringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Braunschweig-Nord, praktischer Arzt oder Allgemeinarzt. Im Nordteil der Stadt Braunschweig (Siegfriedviertel) ist die Niederlassung eines weiteren praktischen Arztes oder Allgemeinarztes wegen Praxisaufgabe eines Kassenarztes vordringlich erforderlich. Geeignete Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Gegenseitige Urlaubsvertretung ist möglich.

Altenau (Oberharz), praktischer Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin. In dem Luftkurort Altenau (Oberharz) ist die Niederlassung eines weiteren praktischen Arztes bzw. Arztes für Allgemeinmedizin vordringlich erforderlich geworden.

► Einem für die genannten Arztsitze zugelassenen Bewerber wird eine Anlaufgarantie gem. § 7 der Richtlinien über Einnahmegewähr der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Höhe von je 25 000 DM vierteljährlich gewährt.

Nähere Auskunft erteilt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Braunschweig, 33 Braunschweig, Am Fallersleber Tor 1, Postfach 30 40.