

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

**Vereinbarung auf der Grundlage
des § 85 Abs. 4 SGB V**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Düsseldorf,
vertreten durch den Vorstand und
dieser vertreten durch den Vorsitzenden**

- einerseits -

und

**der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf,
vertreten durch den Vorstand und
dieser vertreten durch den Vorsitzenden**

**dem Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen, Essen,
vertreten durch den Vorstand und
dieser vertreten durch den Vorsitzenden**

**der Innungskrankenkasse Nordrhein,
Bergisch-Gladbach,
vertreten durch den Vorstand und
dieser vertreten durch die Vorsitzende**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen, Münster,
vertreten durch den Hauptgeschäftsführer**

**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg,
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,**

sowie

**dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg,
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,**

- andererseits -

Präambel

Gemäß § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist der ab dem 01.07.2004 anzuwendende Honorarverteilungsmaßstab zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zu vereinbaren. Die Vertragspartner

vertreten gemeinsam die Auffassung, dass im Hinblick auf das in Kürze zu erwartende Inkrafttreten des neuen EBM und der Regelleistungsvolumina nach § 85 Abs. 4 Sätze 6 bis 8 SGB V eine umfassende Überarbeitung der Inhalte des Honorarverteilungsmaßstabes zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll ist. Auch der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V hat durch Beschluss in seiner 88. Sitzung empfohlen, für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis zum 30.09.2004 den bisher gültigen Honorarverteilungsmaßstab fortzuführen. Die Vertragspartner sehen ebenfalls die Notwendigkeit den bisherigen Honorarverteilungsmaßstab mit einigen Modifizierungen als Übergangsregelung für einen begrenzten Zeitraum fortzuführen. Deshalb stellen die nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände ihre bisher im Rahmen der früheren Benennungsherstellung geäußerten Bedenken gegen Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes einstweilen zurück, ohne damit ein Präjudiz für künftige Positionen schaffen zu wollen. Die Vertragspartner streben eine umfassende Überarbeitung des Honorarverteilungsmaßstabes im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der vorstehend genannten Neuregelungen an.

1. Übergangsregelungen

- 1.1. Für den Zeitraum ab dem 01.07.2004 kommt der am 30.06.2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, vom 17.04.1999 in der Fassung vom 30.11.2002, veröffentlicht im Rheinischen Ärzteblatt 1/2003, Seite 76 ff., zur Anwendung, soweit sich aus den folgenden Vorschriften nichts Abweichendes ergibt.
- 1.2. Im einzelnen gelten die nachstehend aufgeführten Bestimmungen in der folgenden Fassung:

§ 4

Abrechnungslegung

- 4) Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung. Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die in der Regel eine ganztägige Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.
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 wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der KV Nordrhein und Ärztekammer Nord-

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

rhein genehmigten Notfallpraxis unter dessen Vertragsarztnummer abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der Vertragsarztnummer 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.

§ 6

Honorarverteilung

- 2) Für den nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreis werden aus dem je Quartal zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumen, mit Ausnahme der nach § 6 Abs. 3 h), i) und j) abgerechneten Leistungen, Honorarvolumina, getrennt nach Primär- und Ersatzkassen, gebildet, welche sich durch Multiplikation der jeweiligen Kopfpauschale mit der Anzahl der von den einzelnen Krankenkassen gesondert gemeldeten betreuten Personen ergibt.
- Aus diesen Verteilungsbeträgen sind für den v.g. Personenkreis jeweils vorweg zu berücksichtigen:
 - Erstattung von Kosten gem. § 6 Abs. 3 b)
 - Erstattung von Wegegeldern und Wegepauschalen gem. § 6 Abs. 3 c)
 - Kosten gemäß EBM für die Laboranalytik
 - Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen
 - Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst gem. § 6 Abs. 3 g)
 - Hausärztliche Grundvergütung gem. § 6a Abs. 4
 - Psychotherapeutische Leistungen gem. § 6c
 - Vergütungen für Leistungen nach Maßgabe der mit den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen, sofern die Betreuten hierauf leistungsrechtlich einen Anspruch haben.

Aus den verbleibenden Verteilungsbeträgen werden die abgerechneten und anerkannten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach § 6 Abs. 3 h), i) und j), mit einem Punktwert vergütet, der sich aus der Division der verbleibenden Verteilungsbeträge durch den jeweils anerkannten Leistungsbedarf errechnet. Falls die Berechnung einen Punktwert von weniger als 3,0 Cent ergibt, wird eine Vergütung mit einem Punktwert von 3,0 Cent vorgenommen. Für den Fall, dass sich ein Punktwert errechnet, der den Punktwert

für Übrige Leistungen nach Formblatt 3 für das jeweilige Vorjahresquartal übersteigt, wird der sich aus dem Formblatt 3 für das Vorjahresquartal ergebende Punktwert der Abrechnung zu Grunde gelegt. Bei der vorgenannten Berechnung werden die Bereiche Primär- und Ersatzkassen getrennt abgerechnet. Die Leistungen im Sinne des § 6 Abs. 3 h), i) und j) für den nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreis werden nach Maßgabe der hierüber jeweils mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen gesondert vergütet.

- 3) Aus dem im übrigen je Quartal zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag sind vorweg zu berücksichtigen:
- h) Vergütungen für Leistungen der Prävention, Verwaltungsanfragen, PDT, Mamma-MRT, Soziotherapie und Leistungen der künstlichen Befruchtung gem. § 27 a SGB V iVm § 121 a SGB V aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2004.
 - j) Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Maßgabe des § 85 Abs. 2 a SGB V.
 - k) 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 l) bereinigten Ausgabenvolumen auf Basis der Quartale 1-4/2000.
 - l) Vergütungen für Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen, soweit sie nicht dem hausärztlichen oder dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind.

§ 6 a

Honorarverteilung im hausärztlichen Versorgungsbereich

Mit dem sich ergebenden Verteilungsbetrag für den hausärztlichen Versorgungsbereich werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 7 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen vergütet. Die Zuordnung einer versorgungsbereichsübergreifenden und/oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zum hausärztlichen Versorgungsbereich richtet sich nach dem überwiegenden Leistungsspektrum der Gemeinschaftspraxis. 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

- 2) Vergütungsanteile für Leistungen von Hausärzten, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden so-

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

wie 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)
- VI. Zytologie (Kap. P II EBM)
- VII. Zytogenetik und Molekulargenetik (Kap. P III EBM)
- VIII. Röntgendiagnostik (Kap. Q I EBM)
- IX. 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, welche Punktzahlmenge der einzelnen Praxis, bei Gemeinschaftspraxen jedem Partner zu gleichen Teilen, in den Quartalen 1-4/99 die betreffenden Leistungen o.g. Leistungsbereiche zuzurechnen sind. Ausgenommen ist der Leistungsbereich der Kardiologie; hier werden die Quartale 1-4/01 für die Betrachtung zu Grunde 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 Individualbudgete-

terung 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 erbrachte 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 Durchschnittspunktwert der Fachärzte bewertet und vorab vergütet. Dieser rechnerische Durchschnittspunktwert 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 Begrenzungsregelung nach § 7.

- 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.

Die Zuordnung einer fachübergreifenden und/oder versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu einem der nachfolgenden Honorartöpfe richtet sich nach dem überwiegenden Leistungsspektrum der Gemeinschaftspraxis.

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% |

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

| | |
|--|----------|
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 35 | 0,7411% |
| Nervenärzte der FG 38 | 7,4277% |
| 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% |

- 7) Bei einem Versorgungsbereichswechsel erfolgt die Bereinigung quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes. Hierfür werden das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen und die Kosten für die Laboranalytik mit Ausnahme der hausärztlichen Grundvergütung und Einzelleistungen zu Grunde 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 Wechsel innerhalb der internistischen Fach-/Untergruppen.

§ 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. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, deren Anteil an psychotherapeutischen Leistungen aus den Kapiteln G III (EBM-Nrn. 855 – 858), G IV und G V EBM mehr als 90% gemessen an dem gesamten ambulanten abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf in Punkten je Quartal beträgt und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeuten der Fachgruppen 69, 70 und 71 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 bis zu einer erneuten Beschlussfassung des Bewertungsausschusses nach Maßgabe der Urteile des Bundessozialgerichtes vom 28.01.2004 einen Mindestpunktwert in Höhe von 3.9202 Cent. Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt mit dem sich je Quartal kassengruppenspezifisch ergebenden Restpunktwert.

§ 6 d

Sonstige Regelungen für die Honorarverteilung

- 2) Der hausärztliche Verteilungsbetrag und die Honorartöpfe im fachärztlichen Versorgungsbereich wer-

den für die nach § 95 Abs. 1 SGB V zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren quartalsweise auf Basis des Honorarbescheides des entsprechenden Vorjahresquartals der jeweiligen Ärzte bzw. bei Praxisnachfolge auf Basis des Honorarbescheides des entsprechenden Vorjahresquartals des Praxisvorgängers bereinigt. Hierbei ist das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen mit Ausnahme der hausärztlichen Grundvergütung und Einzelleistungen zuzüglich der Erstattung von Laboranalysekosten zu berücksichtigen.

§ 7

Individualbudget/Begrenzungsregelung

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

- 1) Jede vertragsärztliche Praxis bzw. jedes ab dem 01.07.2004 nach § 95 Abs. 1 SGB V zugelassene Medizinische Versorgungszentrum 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. Dies gilt auch bei Übertragung von Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung auf ein Medizinisches Versorgungszentrum gemäß § 103 Abs. 4 a SGB V. Es kann auch ganz oder teilweise für die Zukunft aufgehoben werden unter 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

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

- 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. 3 mit der Maßgabe, dass der Umsatz für die Vergütung von Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27 a SGB V iVm § 121 a SGB V entsprechend der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V zum 01.01.2004 bereinigt wird
- 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 punktzahlbewertete 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 Punktzahlengrenzwert ihrer Fach-/Untergruppe gemäß Abs. 4 für die Dauer von 20 Quartalen als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet.

- 2) Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt vorbehaltlich der Regelung in Abs. 3 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, ein Medizinisches Versorgungszentrum und ein ermächtigter Arzt über das jeweils zugeordnete maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen hinaus abrechnen, unterliegen einer Kürzung auf dieses Punktzahlvolumen.

Die nach der Kürzung verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen einer vertragsärztlichen Praxis und eines ermächtigten Arztes 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.

Unterschreitet die Quote einer Fachgruppe die durchschnittliche Fachgruppenquote aller Fachärzte um mehr als 10 %, wird aus dem Betrag nach Abs. 2 die Quote dieser Fachgruppe auf die durchschnittliche Fachgruppenquote aller Fachärzte abzüglich 10 % ausgeglichen. Diese Ausgleichsregelung gilt jedoch nicht für die Anhebung der Quoten der Fachgruppen, aus deren Honorartopf weitaus überwiegend (mindestens 75 %) der Kostenanteil der Leistungen vollständig vergütet wird.

Die nach der Kürzung verbleibenden punktzahlbewerteten Leistungen eines Medizinischen Versorgungszentrums werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent bewertet, danach mit der durchschnittlichen Fachgruppenquote aller Fachärzte multipliziert und entsprechend vergütet.

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.

Wird das zugeordnete maximal abrechenbare Punktzahlvolumen der vertragsärztlichen Praxis, des Medizinischen Versorgungszentrums und des ermächtigten Arztes im Abrechnungsquartal unterschritten, tritt die abgerechnete Leistungsmenge bei der Quartalsabrechnung an die Stelle des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens.

- 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

| | |
|--|-----------|
| 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:
- a) 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.
 - b) 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 Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe liegt, wird ein erlaubter Zuwachs von jährlich 10 % bezogen auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe vorbehaltlich der Regelung in § 13 zugeordnet; jedoch wird ihm höchstens ein Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet. Die Zuordnung des vg. erlaubten Zuwachses erfolgt für die Praxen, denen ein Individualbudget von unter 50% des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe zugeordnet worden ist mit der Maßgabe, dass ihnen beim erstmaligem erlaubten Zuwachs von jährlich 10 % unter den Voraussetzungen des § 13 ein Individualbudget in Höhe von insgesamt 60% des durchschnittlichen Punktzahl-

- lengrenzwertes ihrer jeweiligen Fach-/Untergruppe gewährt wird.
- c) 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 10 % bezogen auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe vorbehaltlich der Regelung in § 13, jedoch höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird. Die Zuordnung des vg. erlaubten Zuwachses erfolgt für die Praxen, denen ein Individualbudget von unter 50 % des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe zugeordnet worden ist mit der Maßgabe, dass ihnen beim erstmaligem erlaubten Zuwachs von jährlich 10 % unter den Voraussetzungen des § 13 ein Individualbudget in Höhe von insgesamt 60% des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes ihrer jeweiligen Fach-/Untergruppe gewährt 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.
 - d) Für einen Vertragsarzt, der in der Zeit vom 01.07.1999 bis 31.12.2000 zugelassen worden ist, gelten die Bestimmungen der sog. Jungpraxis.
 - e) Einem Vertragsarzt, der ab dem 01.01.2001 im Bereich der KV Nordrhein neu zugelassen ist (sog. Neupraxis), sowie einem Arzt, der ab dem 01.07.2004 in einem Medizinischen Versorgungszentrum neu zugelassen oder ohne vorherige Zulassung neu angestellt ist, wird ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert seiner Fach-/Untergrup-

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

- pe für die Dauer von 20 Quartalen als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet. Erreichen die in Satz 1 genannten Ärzte in diesem Zeitraum den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe nicht, wird ihnen das maximal erreichte Punktzahlvolumen als Individualbudget zugeordnet mit der Folge, dass ihnen danach ein erlaubter Zuwachs von jährlich 10 % bezogen auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe vorbehaltlich der Regelung in § 13, jedoch höchstens bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird. Die Zuordnung des vg. erlaubten Zuwachses erfolgt für die Praxen, denen ein Individualbudget von unter 50 % des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe zugeordnet worden ist mit der Maßgabe, dass ihnen beim erstmaligem erlaubten Zuwachs von jährlich 10 % unter den Voraussetzungen des § 13 ein Individualbudget in Höhe von insgesamt 60% des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes ihrer jeweiligen Fach-/Untergruppe gewährt wird.
- f) Bei Übernahme einer Praxis wird das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen des Vorgängers übernommen. Die Regelungen des § 7 Abs. 1 Sätze 4, 5, 6 und 7 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 Punktzahlengrenzwert 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 10 % bezogen auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe vorbehaltlich der Regelung in § 13, höchstens jedoch bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fach-/Untergruppe zugeordnet wird. Die Zuordnung des vg. erlaubten Zuwachses erfolgt für die Praxen, denen ein Individualbudget von unter 50 % des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes der Fach-/Untergruppe zugeordnet worden ist mit der Maßgabe, dass ihnen beim erstmaligem erlaubten Zuwachs von jährlich 10 % unter den Voraussetzungen des § 13 ein Individualbudget in Höhe von insgesamt 60% des durchschnittlichen Punktzahlengrenzwertes ihrer jeweiligen Fach-/Untergruppe gewährt wird.
- Entsprechendes gilt für das Medizinische Versorgungszentrum.
- 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 und bei einem Medizinischen Versorgungszentrum, das nach § 95 Abs. 1 SGB V ab dem 01.07.2004 zugelassen ist, wird – unbeschadet der Übertragung des Individualbudgets mit Zulassungsübertragung gemäß § 103 Abs. 4 a SGB V – 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 10 % bezogen auf den durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe vorbehaltlich 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 bzw. in das Medizinische Versorgungszentrum 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

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 Gemeinschaftspraxisvertrag/Gesellschaftsvertrag 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 bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums 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 bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums eingestellt und für den Fall der Unterschreitung der u.a. Werte ein Zuwachs von jährlich 10 % bezogen auf den ihrer Gruppe jeweils zugeordneten Wert vorbehaltenlich der Regelung in § 13, 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 bzw. in einem Medizinischen Versorgungszentrum 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 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag aus Sicherheitsgründen 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),
 - in der Höhe des maximal abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumens aufgrund gesetzlicher Änderungen, die dazu führen, dass sich die Leistungsnachfrage der gesetzlichen Krankenversicherten ändert und das angepasste Individualbudget nicht mehr ausreichend erscheint (insbesondere aufgrund von Änderungen durch das GMG zum 01.01.2004 bei Leistungen der künstlichen Befruchtung).
- 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 vg. Tabelle aufgeführten und mit dem Faktor 1,6 multiplizierten Werte.

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

Für 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.

§ 13

Voraussetzung für erlaubten Zuwachs

- 1) Ein erlaubter Zuwachs von jährlich 10 % 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 10 % 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.

2. Haftungsausschluss

- 2.1. Für den Fall, dass sich aus der Verzögerung der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ab dem Quartal III/04 ergibt, so hat dies keine Auswirkung auf die Höhe der Gesamtvergütung.
- 2.2. Im Zusammenhang mit der Anfechtung von Honorarbescheiden, die auf der Grundlage dieser Vereinbarung ergehen, gehen evtl. anfallende Gerichtskosten und außergerichtliche Kosten ausschließlich zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, sofern seitens der ande-

ren Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

3. Laufzeit / Kündigung

- 3.1. Die Vereinbarung tritt zum 01.07.2004 in Kraft und läuft bis zum 30.09.2004; sie verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn sie nicht mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt wird. Die Kündigung kann durch jeden der Vertragspartner, seitens jeder/s Krankenkassen-/Verbandes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit Wirkung für alle Krankenkassen-/Verbände sowie seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gegenüber einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband mit Wirkung für alle, erfolgen. Sie läuft, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zu dem Zeitpunkt aus, an dem ein neuer EBM und/oder Regelleistungsvolumina nach § 85 Abs. 4 Sätze 6 bis 8 SGB V in Kraft treten.
- 3.2. Die Vorschriften des § 6 Abs. 2 bezüglich der Abrechnung des in § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreises sowie in § 6 Abs. 6 h), § 7 Abs. 1 und Abs. 9 bezüglich der Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung werden in Folge der gesamtvertraglichen Regelungen über die Honorierung als ergänzende Verteilungsregelung mit Wirkung zum 01.01.2004 in Kraft gesetzt.

gez. Dr. med. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes der
AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse

gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes des
BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen

gez. Frau Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorsitzende des Vorstandes der
IKK Nordrhein

gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer der Landwirtschaftlichen
Krankenkasse Nordrhein-Westfalen

gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des
Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V.

gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des
Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V.