

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

Behandlungsausweise klammern, Vertragsarztstempel
Die an die KVNo einzureichenden Behandlungsausweise sind mit dem Vertragsarztstempel zu versehen. Mehrere Behandlungsausweise, die einen Behandlungsfall bilden, sind zusammenzuheften.

Sortierreihenfolge der Behandlungsausweise

Die Sortierreihenfolge muss den Sortier- und Anschreibevorschriften der KVNo entsprechen. Die mit Datenträger abrechnende Praxis ist verpflichtet, vor Einreichung der Abrechnung anhand einer in der richtigen Sortierreihenfolge erstellten Patientenkontrollliste die Behandlungsausweise auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen. Die Patientenkontrollliste verbleibt in der Praxis.

2.7 Kennzeichnung der Leistung bei Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren

In fach- und/oder versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen sind je Arzt alle Leistungen zu kennzeichnen, die nicht von jedem Arzt der Gemeinschaftspraxis (z. B. aufgrund des Fachgebietes, des Versorgungsbereichs, des Schwerpunktes, der Genehmigung) erbracht werden können. (In Gemeinschaftspraxen dürfen grundsätzlich alle Leistungen durch den jeweiligen Leistungserbringer gekennzeichnet werden.) Abweichend hiervon gilt für Radiologen/Nuklearmediziner/Strahlentherapeuten in Gemeinschaftspraxen, dass die ab dem 01.10.2002 von den einzelnen Leistungserbringern erbrachten Leistungen zu kennzeichnen sind, wodurch jede Leistung eindeutig einem Leistungserbringer zugeordnet werden kann. (Alle Aussagen zu den Gemeinschaftspraxen gelten auch für Medizinische Versorgungszentren.)

Folgende Zeichen sind vorgeschrieben:

- 1. Arzt: #
- 2. Arzt: \$
- 3. Arzt: *
- 4. Arzt: <
- 5. Arzt: >
- 6. Arzt: A
- 7. Arzt usw.: B bis Z

Die jeweiligen Zeichen werden in einem zusätzlichen Feld (Feld 5039 = Leistungskennzeichen) zu den entsprechenden Gebührennummern gespeichert. Die Reihenfolge der Verwendung der Zeichen für die einzelnen Ärzte ist beliebig.

3 Inkrafttreten

Die geänderten Richtlinien in der Version 15 treten am 01. April 2005 in Kraft.

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 anzuwendende **Honorarverteilungsvertrag** 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 den zum 01.04.2005 in Kraft tretenden neuen EBM 2000 plus eine umfassende

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

Überarbeitung der Inhalte des Honorarverteilungsvertrages zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll ist. Im Übrigen hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 SGB V durch Beschluss in seiner 93. Sitzung die Möglichkeit eröffnet, für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 31.12.2005 den bisher gültigen Honorarverteilungsvertrag als Übergangsregelung fortzuführen.

Auf Grund dessen kommt für den Zeitraum ab dem 01.04.2005 der am 30.06.2004 gültige Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit den zuletzt für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 geltenden Änderungen in der nachstehenden Fassung zur Anwendung.

§ 1

Geltungsbereich

Dieser Honorarverteilungsvertrag 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, insbesondere im BMV-Ä bzw. BMV-Ä/EK (EKV), EBM sowie der Richtlinien erbracht worden sind. Soweit sich die Vorschriften dieses HVV auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.
- 2) Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen werden, soweit in diesem HVV 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 Auftrag der Berufsgenossenschaften
 - l) Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter
 - m) die Selbstbehandlung sowie die Behandlung der Familienangehörigen
 - n) Leistungen, die unmittelbar mit den Krankenkassen nach den Verträgen gemäß §§ 64 und 140 a SGB V vereinbart wurden und Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM 2000 plus sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind.
- 2) Nicht abrechnungsfähig sind darüber hinaus
 - a) fachfremde Leistungen (vgl. § 22 der Weiterbildungsordnung für die nordrheinischen Ärzte), es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
 - b) Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst, soweit sie nicht zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
 - c) ambulante Notfalleleistungen des Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tage erfolgt bzw. wenn Leistungen erbracht werden, die nicht zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
 - d) Leistungen, für die kein Zertifikat über die Durchführung der Qualitätssicherung nach Maßgabe der bestehenden Richtlinien vorgelegt worden ist,

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

- e) Leistungen von Krankenhausärzten außerhalb der ausgesprochenen Ermächtigung, (§ 116 SGB V i.V.m. §§ 31 a, 31 Abs. 1 b, 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)),
- f) Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder aufgrund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben und nicht erteilt worden ist.
- 3) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen, nach § 116 SGB V i.V.m. §§ 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.

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

Eine Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanten Notfalleleistungen bei einem Patienten an einem Tag sind auf demselben Behandlungsschein abzurechnen.

- 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. EKV sowie der hierzu ergangenen Beschlüsse und der Vorschriften dieses HVV vorzunehmen.

Mehrere Abrechnungsscheine während eines 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 wechselt hat.

Erfolgt die Abrechnung nicht auf gültigen Abrechnungsscheinen, sondern mittels Datenträger (Diskette, CD-R) oder im Wege elektronischer Datenübertragung (Online-Verfahren), so ist hierzu die Genehmigung der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Richtlinien.

Ärzte, die EDV-gestützt (Diskette, CD-R, Online-Abrechnung) abrechnen, werden von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversicherungskarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

Bei EDV-gestützt abrechnenden, niedergelassenen Ärzten sind die Abrechnungs-, Überweisungs- und Notfall-/Vertreterscheine in der Praxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Bei mittels Datenträgern abrechnenden ermächtigten Krankenhausärzten, Krankenhäusern und anderen ermächtigten Instituten, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, sind die Überweisungs-, Notfall-/Vertreterscheine quartalsweise zusammen mit den übrigen Abrechnungs-

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

unterlagen der zuständigen Bezirksstelle zu übermitteln; dies gilt unabhängig davon, ob die Krankenversicherungskarte im aktuellen Quartal eingeleistet wurde. Für den Fall der Online-Abrechnung müssen die ermächtigten Krankenhausärzte, Krankenhäuser und anderen ermächtigten Institute die vg. Scheine nicht der zuständigen Bezirksstelle übermitteln; sie sind jedoch über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Die Aufbewahrungspflicht von vier Quartalen gilt unabhängig von der Pflicht bei EDV-gestützter Abrechnung Sicherungskopien zu erstellen, die acht Quartale aufbewahrt werden müssen.

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

- 2) Eine arztbezogene Kennzeichnung ist vorzunehmen
 - a) bei genehmigungspflichtigen Leistungen durch oder aufgrund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages in einer Gemeinschaftspraxis und einem Medizinischen Versorgungszentrum, sofern nicht alle Leistungserbringer über die Genehmigung verfügen
 - b) soweit der BMV-Ä bzw. der EKV eine arztbezogene Kennzeichnung vorsieht in versorgungsbereichs- und/oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren.

Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist 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 EKV maßgeblich. Bei Auftragsleistungen gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 EKV bleibt die Bestimmung des Abschnitts I Unterabschnitt 4.2 des EBM 2000 plus unberührt. Sofern der Überweisungsgeber seiner Pflicht zur Kennzeichnung der Überweisung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Überweisungsnehmer gehalten, 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.

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 Nordrhein genehmigten Notfallpraxis 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 der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein einzureichen. Die Fristen werden entsprechend den verwaltungsmäßigen Erfordernissen der einzelnen Bezirksstelle festgelegt. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach diesem Zeitpunkt erhält, können nur in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 1 EKV mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Im Übrigen ist eine Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf der jeweils festgesetzten Fristen grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal nach dem im Leistungsquartal bestehenden Status teil. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nicht mehr geltend machen.

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

- 6) Die Abrechnung kann in Ausnahmefällen ganz oder teilweise mit Genehmigung des Bezirksstellenrates verspätet eingereicht werden. In diesen Fällen gilt Folgendes:
- a) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
 - b) von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden bis zu 10%, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht. Der Bezirksstellenrat setzt in seinem Genehmigungsbescheid über die Annahme der Abrechnung zugleich den Betrag fest.

Der Bezirksstellenrat 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 HVV 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 HVV; sie wird ggf. vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 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 einschließlich Vorauszahlungen (mit Zustimmung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) in angemessener Höhe einbehalten werden.

§ 5

Sachlich-rechnerische Berichtigung

- 1) Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überprüfen die Abrechnungsunterlagen des Arztes.

- 2) Sachlich-rechnerische Berichtigungen (z.B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) sind dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen.

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

§ 6

Honorarverteilung

- 1) Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen entrichten nach Maßgabe des § 85 Abs. 1 SGB V eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Dieser Betrag enthält die Zahlungen für den nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreis und erhöht sich um die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (Fremdkassenfälle) sowie ggf. Sonderzahlungen.

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

- 2) Zusätzliche Vergütungsanteile, die nur bestimmten Leistungen zufließen dürfen, werden für diese Leistungen verwendet.
- 3) Aus dem je Quartal zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumen sind vorweg zu berücksichtigen:
- a) Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdarztfälle nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich Primär- und Ersatzkassen),
 - b) Erstattung von Kosten nach § 9 mit Ausnahme der Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren,
 - c) Wegegelder und Wegepauschalen nach § 10 für Primärkassen bzw. Abschnitt III Kapitel 40 EBM 2000 plus für Ersatzkassen,
 - d) Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen vor dem Quartal I/97 ergeben oder die wegen zwischenzeitlicher Änderung der maßgeblichen Bestimmungen keiner klaren Zuordnung möglich sind,

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

- e) Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und für evtl. Erstattungsforderungen, die dem Grund nach feststehen, jedoch nicht in ihrer Höhe oder die wegen zwischenzeitlicher Änderung der maßgeblichen Bestimmungen keiner klaren Zuordnung möglich sind oder die versorgungsbereichsübergreifend sind,
- f) 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,
- g) Vergütungen für Leistungen der Prävention, 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,
- h) Vergütungen von Impfleistungen sowie von Verwaltungsanfragen mit einem festen Punktwert für den Fall, dass mit den Krankenkassen eine entsprechende Einzelleistungsvergütung vereinbart ist sowie ggf. weiterer Leistungen nach Maßgabe der hierüber mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen,
- i) Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach Maßgabe des § 85 Abs. 2 a SGB V,
- j) 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, aufgeteilt in einen Honorartopf zur Vergütung von Leistungen aufgrund Institutsermächtigungen und in einen Honorartopf zur Vergütung von Notfallleistungen,
- k) Vergütungen für Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen Sondervereinbarungen, soweit sie nicht dem hausärztlichen oder dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind.
- 4) Um die Verteilung des nach Abzug dieser Vorwegzahlungen verbleibenden Ausgabenvolumens auf 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 Ausgabenvolumen 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 Arztdynamisierung. Es ergibt sich insgesamt ein Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich, welches in Abzug gebracht wird.
- 5) Zur Feststellung eines Abstaffelungspunktwertes für im Einzelfall das Individualbudget übersteigende Punktmengen wird die unterschiedliche Vergütungszahlung der Primär- und Ersatzkassen (Kassengruppen) zu Grunde gelegt. Zur differenzierten Honorierung wird zunächst für jeden Bereich ein Punktwert für die der Individualbudgetierung unterliegenden Arztgruppen durch Division der von der jeweiligen Kassengruppe zur Vergütung der der Individualbudgetierung unterliegenden Punktzahlen zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung durch die bei dieser Kassengruppe ungeachtet der Begrenzungsregelungen nach § 7 abgerechneten Punktzahlen ermittelt.

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

Ergeben sich unterschiedliche Punktwerte, wird durch die Bewertung der zugrunde gelegten Punktzahlen der Kassengruppe, für die sich der höhere Punktwert ergeben hat, mit der Differenz der Punktwerte der Betrag ermittelt, der von dieser Kassengruppe als Mehrzahlungen zur Verfügung gestellt wird.

Dieser Betrag wird von dem bei dieser Kassengruppe zur Honorierung budgetierter Leistungen zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsanteil abgezogen und im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich unter Anwendung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Vergütung zur Honorierung der Punktzahlen, die über das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen gemäß § 7 bei dieser Kassengruppe hinausgehen, verwendet. Im Übrigen verbleibt es bei der Verteilung der Gesamtvergütung nach den Bestimmungen dieses Verteilungsvertrages.

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, wobei hiervon die Vergütung der Leistungen der Hausärzte

nach den Ziffern 608, 609, 680, 728 des EBM 1996 auf Basis der Quartale 1-4/00 ausgenommen ist, grundsätzlich dem fachärztlichen Verteilungsbetrag zugeführt. Lediglich der auf Basis 3/03 bis 2/04 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 Kinderärzte entfällt, sowie die Vergütung der Leistungen der Hausärzte nach den Ziffern 608, 609, 680, 728 des EBM 1996 auf Basis der Quartale 1-4/00 werden dem hausärztlichen Verteilungsbetrag insgesamt zugeführt.

- 4) Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V erhalten ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, deren Anteil an psychotherapeutischen Leistungen GO-Nrn. 35111 bis 35150, des Abschnitts 35.2 und des Abschnitts 35.3 des EBM 2000 plus mehr als 90% gemessen an dem gesamten ambulant 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 für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM 2000 plus bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer einen Mindestpunktwert, dessen Berechnungssystematik sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 ergibt. Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen hierfür vereinbarten Regelungen.
- 5) 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.
 - Die Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren.
 - Rückflüsse aus rechtskräftigen Kürzungsmaßnahmen wegen nachträglicher Berichtigungen einschl. Plausibilitätsprüfungen, Wirtschaftlich-

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

keitsprüfungen 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.
 - Die hausärztliche Grundvergütung ist mit einem Punktwert von 4,8573 Cent in Abzug zu bringen.
- 6) 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 zuzüglich der Kosten für die Laboranalytik zugrunde gelegt.
- 7) Die Zuordnung einer versorgungsbereichsübergreifenden und/oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zum hausärztlichen Versorgungsbereich richtet sich nach dem überwiegenden Anteil der haus- bzw. fachärztlichen Leistungen an den Gesamtleistungen der Gemeinschaftspraxis bezogen auf die Frequenzen. Neue Gemeinschaftspraxen werden nach Einschätzung durch den Bezirksstellenrat zugeordnet. Eine Änderung der Zuordnung erfolgt bei dauerhafter Veränderung bei mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen.

Mit dem sich ergebenden Verteilungsbetrag für den hausärztlichen Versorgungsbereich werden alle der Leistungsmengensteuerung nach § 7 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen 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, wobei die Vergütung der Leistungen der Hausärzte nach den Ziffern 608, 609, 680, 728 des EBM 1996 auf Basis der Quartale 1-4/00 ausgenommen ist. Hiervon wird der sich gemäß § 6 a Abs. 3 ergebende Vergütungsanteil im hausärztlichen Versorgungsbereich in Abzug gebracht.
- 3) Das Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich wird zugeführt. Hiervon wird der sich gemäß § 6 a Abs. 4 ergebende Vergütungsanteil für psychotherapeutische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich in Abzug gebracht.

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V erhalten ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, deren Anteil an psychotherapeutischen Leistungen der GO-Nrn. 35111 bis 35150, des Abschnitts 35.2 und des Abschnitts 35.3 des EBM 2000 plus mehr als 90% gemessen an dem gesamten ambulant 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 für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM 2000 plus bis zu einer Höhe von insgesamt 561.150 Punkten je Quartal und Leistungserbringer einen Mindestpunktwert, dessen Berechnungssystematik sich aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 ergibt.

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

Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen hierfür vereinbarten Regelungen.

4) Von dem hiernach verbleibenden Verteilungsbetrag werden 0,9707 % für Pathologen der Arztgruppe 47 abgezogen.

5) Der verbleibende Verteilungsbetrag wird auf Honorartöpfe, getrennt für einzelne Facharztgruppen, verteilt. Dabei werden die auf Basis des 2. Quartals 2004 ermittelten prozentualen Anteile unter Berücksichtigung der solidarischen Finanzierung von Neuniederlassungen ab dem 01.01.2001 sowie die im fachärztlichen Versorgungsbereich verbleibenden Vergütungsanteile gemäß § 6 b Abs. 2 auf Basis der Quartale 3/03 – 2/04 zu Grunde gelegt. Hiervon abweichend werden für die Bildung der Honorartöpfe der Fachgruppen 63 und 72 generell die Quartale 3/03 – 2/04 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 HVV keine hinreichende Berücksichtigung findet.

Die Zuordnung einer versorgungsbereichsübergreifenden und/oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zum fachärztlichen Versorgungsbereich richtet sich nach dem überwiegenden Anteil der haus- bzw. fachärztlichen oder der fachärztlichen Leistungen an den Gesamtleistungen der Gemeinschaftspraxis bezogen auf die Frequenzen. Neue Gemeinschaftspraxen werden nach Einschätzung durch den Bezirksstellenrat zugeordnet. Eine Änderung der Zuordnung erfolgt bei dauerhafter Veränderung bei mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen.

Vertragskassen

Arztgruppen Fachärzte

	Anteile
Anaesthesisten der FG 01	2,9379 %
Augenärzte der FG 04	8,5242 %
Chirurgen der FG 07	7,0467 %
Gynäkologen der FG 10	13,0545 %
HNO-Ärzte der FG 13	7,9027 %
Hautärzte der FG 16	5,6000 %
FÄ Internisten der FG 19/ UG A, B, C, 9	3,5198 %
FÄ Internisten der FG 19/ UG 6	3,0450 %
FÄ Internisten der FG 19/ UG 7	0,8800 %
FÄ Internisten der FG 19/ UG 8	0,4089 %
Laborärzte der FG 26	4,9098 %
Lungenärzte der FG 29	2,1985 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen der FG 35	0,7299 %

Nervenärzte der FG 38	7,3008 %
Neurochirurgen der FG 41	0,2465 %
Orthopäden der FG 44	12,6022 %
Radiologen / Strahlentherapie und Nuklearmedizin der FGn 53 und 59	13,9658 %
Urologen der FG 56	4,7678 %
Ärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin der FG 63	0,1059 %
Humangenetiker u.a. der FG 72	0,2533 %

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 0,9707% - vorab zu berücksichtigen:

- Die Kosten gemäß EBM für die Laboranalytik sind in Abzug zu bringen.
- Die Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren.
- 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 werden das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen und die Kosten für die Laboranalytik mit Ausnahme der hausärztlichen

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

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.

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

Sonstige Regelungen für die Honorarverteilung

- 1) Der hausärztliche Verteilungsbetrag und die Honorartöpfe im fachärztlichen Versorgungsbereich werden 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 Praxisgängers bereinigt. Hierbei ist das Honorar für punktzahlbewertete Leistungen mit Ausnahme der hausärztlichen Grundvergütung und Einzelleistungen zuzüglich der Erstattung von Laboranalysekosten zu berücksichtigen.
- 2) Als allgemeine Durchschnittspunktwerte werden jeweils für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich je Quartal Punktwerte ermittelt, die sich aus der Gegenüberstellung der angeforderten Leistungen und dem hierfür zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsanteil, jeweils bereinigt um die Vorabzüge gemäß § 6 Abs. 3, mit Ausnahme der Buchstaben f), g), h), i) und j) 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 zugrunde gelegt, die vorzunehmen sind, falls Bestimmungen dieses HVV ganz oder teilweise für unwirksam erklärt werden; ausgenommen hiervon sind die Regelungen der Leistungsmengensteuerung; insofern bleibt § 7 Abs. 11 unberührt.

§ 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 Fachgruppe 47.

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, wobei der Umfang der ärztlichen Tätigkeit innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums zu berücksichtigen ist. 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 Fachgruppen 53, 19/6, 63 und 72 die Quartale 3/97 bis 2/98. Für die Fachgruppen 53 und 19/6 gelten als Bemessungszeitraum die Quartale 3/99 bis 2/00; für die Fachgruppen 63 und 72 die Quartale 3/03 bis 2/04. 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. 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

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

- 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.

Zur Berücksichtigung der solidarischen Finanzierung von Neuniederlassungen ab dem 01.01.2001 werden von jedem individuellen Umsatz 3% zurückgestellt.

Ab dem 01.01.2005 wird für jede vertragsärztliche Praxis, bzw. jeden ermächtigten Arzt bzw. ggf. jedes zugelassene Medizinische Versorgungszentrum der durchschnittliche Umsatz der Quartale 1/04 und 2/04, der für die Versorgung des nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreises erzielt worden ist, arztindividuell ermittelt und um die Umsätze der oben benannten Leistungen nach der generellen Berechnungssystematik gemindert.

Der durchschnittliche Umsatz der Fachärzte in den Quartalen 3/03 bis 2/04 zur Förderung von sog. KO-Leistungen (Leistungen, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden sowie die in diesen Katalog zusätzlich aufgenommenen Leistungen) wird arztindividuell ermittelt.

Beträge nach der Währungsumstellung zum 01.01.2002 werden durch den Faktor 5,11 dividiert und mit dem Faktor 10 multipliziert.

Die sich insgesamt ergebenden Umsätze werden 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.

Dieses maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen einer vertragsärztlichen Praxis, eines Medizinischen Versorgungszentrums oder eines ermächtigten Arztes wird ferner um die abgerechneten Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren, in der Weise vermindert, dass diese Kosten durch Division mit dem Faktor 5,11 Cent in Punktzahlen umgerechnet werden.

Vertragsärzte, die ab dem 01.07.1999 bzw. Vertragsärzte der Fachgruppen 53 und 19/6, die ab dem 01.01.2001 bzw. Vertragsärzte der Fachgruppen 63 und 72, die ab dem 01.04.2005 zugelassen sind, wird grundsätzlich ein erlaubter Zuwachs bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert ihrer Fach-/Untergruppe gemäß Abs. 3 für die Dauer von 20 Quartalen als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen zugeordnet.

- 2) 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 rechnerischen 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.

Die Quoten der einzelnen Fachgruppen werden auf Überschreitungen bis plus 10% bzw. Unterschreitungen bis minus 10% der durchschnittlichen Fachgruppenquote aller der Individualbudgetierung unterliegenden Fachgruppen begrenzt.

Sofern die Quote einer Fachgruppe die durchschnittliche Fachgruppenquote um mehr als 10% überschreitet, wird der über die 10%-ige Begrenzung hinausgehende Betrag der Anhebung der Quoten von Fachgruppen zugeführt, die um mehr als 10% die durchschnittliche Fachgruppenquote unterschreiten. Unter- bzw. überschreitet dieser Betrag die erforderlichen Finanzierungsmittel, wird eine prozentuale Verteilung gemäß den in § 6 b Abs. 5 geregelten Honoraropfanteilen vorgenommen mit der Maßgabe, dass die Fachgruppen, die Unterschreitungen von mehr als minus 10% verzeichnet haben, mit der prozentualen Verteilung nicht belastet werden und die Fachgruppen, die Überschreitungen von plus 10% haben, nicht begünstigt werden.

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.

Wird das zugeordnete maximal abrechenbare Punktzahlvolumen der vertragsärztlichen Praxis, des Medizinischen Versorgungszentrums und des er-

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

mächtigen Arztes im Abrechnungsquartal unterschritten, tritt die abgerechnete Leistungsmenge bei der Quartalsabrechnung an die Stelle des maximal abrechenbaren Punktzahlvolumens.

Der durchschnittliche Punktzahlengrenzwert errechnet sich wie folgt:

Die nach Abs. 1 verbleibenden Umsätze 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
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
Humangenetiker u.a. der FG 72	1.319.508
Ärzte für physikalisch-rehabilitative Medizin der FG 63	1.247.349

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

Für angestellte Ärzte eines Medizinischen Versorgungszentrums gelten die durchschnittlichen Punktzahlengrenzwerte, multipliziert mit dem Faktor, der dem Umfang der ärztlichen Tätigkeit innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums entspricht.

4) 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) grund-

sätzlich 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 Punktzahlengrenzwertes 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 Punktzahlengrenzwertes 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

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

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-/Untergruppe 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 Punktzahlen-

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 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) Die vg. Bestimmungen gelten für Ärzte der Fachgruppen 53 und 19/6 mit der Maßgabe, dass auf den 01.01.2001 bzw. für Ärzte der Fachgruppen 63 und 72 mit der Maßgabe, dass auf den 01.04.2005 abzustellen ist.
- 5) a) Für die Gemeinschaftspraxis, die am 01.07.1999 und im jeweiligen 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. 5 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

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

- 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 der Gemeinschaftspraxisvertrag / Gesellschaftsvertrag in seiner zuletzt gegenüber dem Zulassungsausschuss vorgelegten Fassung bzw. die Gewinnverteilung.
- d) Bei Zusammenschluss eines Pathologen der Arztgruppe 47 mit einem oder mehreren Ärzten, die der Individualbudgetierung unterliegen, wird ein Individualbudget gebildet, bei dem je Pathologe der Arztgruppe 47 der unten aufgeführte Wert als maximal abrechenbares individuelles Punktzahlvolumen in die Berechnung des Individualbudgets der Praxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums eingestellt wird, mit der Maßgabe, dass den Pathologen der Arztgruppe 47 für die Dauer von 20 Quartalen ein erlaubter Zuwachs auf den unten aufgeführten Wert zugeordnet wird. Nach Ablauf der 20 Quartale wird das maximal erreichte Punktzahlvolumen der Pathologen der Arztgruppe 47 in das Individualbudget der Praxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums eingestellt. Für den Fall der Unterschreitung des unten aufgeführten Wertes wird ein Zuwachs von jährlich 10 %, bezogen auf den ihrer Gruppe jeweils zugeordneten Wert vorbehaltlich der Regelung in § 13, höchstens jedoch bis zu dem unten aufgeführten Wert, zugeordnet.
- Ärzte für Pathologie der FG 47 783.338
- 6) 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.
- 7) 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%.
- 8) In begründeten Fällen kann der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Antrag aus Sicherstellungsgründen 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).
- 9) Ergibt sich aus der Umsetzung dieses HVV die Notwendigkeit weiterer (Ausnahme-) Regelungen, so sind diese vom Vorstand im Einzelfall zu beschließen.
- 10) 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 sonstiger Kürzungsmaßnahmen sowie bei einer Rechtsänderung, die eine andere Berechnung des Individualbudgets der Höhe nach ergibt. Die Vertragspartner werden hierüber im Einzelfall informiert.
- 11) 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. 3 HVV aufgeführten Werte unterworfen für den Fall, dass eine Honorarverteilung aufgrund

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 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 a bzw. § 6 b Abs. 5 genannten Honorartopf der Fachgruppe des Arztes zugeführt.

Für ermächtigte Krankenhausärzte gelten 35 % der in vgl. 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 HVV nichts anderes bestimmt ist:

Bei belegärztlicher Behandlung ist die Berechnung folgender Leistungen des EBM 2000 plus ausgeschlossen:

Abschnitt II Kapitel 1.5

Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge

Abschnitt II Kapitel 1.7.3

Mammographie-Screening

Abschnitt III.a Kapitel 3

Leistungen aus dem Hausärztlichen Versorgungsbereich

Abschnitt III.b Kapitel 12

Laboratoriumsmedizinische Leistungen

Abschnitt III.b Kapitel 13.3.6

Leistungen der Nephrologie und Dialyse

Abschnitt III.b Kapitel 14

Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Abschnitt III.b Kapitel 21

Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen (Psychiater)

Abschnitt III.b Kapitel 22

Leistungen der Psychotherapeutischen Medizin (FÄ für Psychotherapeutische Medizin)

Abschnitt III.b Kapitel 23

Psychotherapeutische Leistungen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Abschnitt IV Kapitel 32.2

Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

Abschnitt IV Kapitel 32.3

Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und/oder molekularpathologische Untersuchungen

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

Abschnitt IV Kapitel 35

Leistungen gem. den Psychotherapie-Richtlinien mit Ausnahme der Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nrn. 35100 und 35110

Ferner sind Konsultationskomplexe sowie Besuche und Leistungen, die mit weniger als 160 Punkten bewertet sind, nicht berechnungsfähig.

- 2) a) Bei der Berechnung folgender Leistungen erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 40 %:
01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01786, 01831, 01902, 02520, 04320, 04321, 04322, 04323, 08310, 09325, 10322, 10324, 13251, 13252, 13253, 13256, 13551, 13552, 13661, 14320, 14321, 14330, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 20325, 21310, 21311, 21320, 21321, 26313, 26330, 27320, 27321, 27322, 27323, 27324, 33000, 33002, 33011, 33012, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060, 33061, 33062, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076, 33080, 33081, 33092
- b) Bei der Berechnung der Leistungen des Abschn. IV, Kapitel 31.2 – belegärztliche Operationen – erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 50 %.
- c) Bei der Berechnung der Leistungen des Abschn. IV, Kapitel 31.4 – postoperative Behandlungskomplexe – erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 65 %.
- d) Bei der Berechnung der Leistungen des Abschn. IV, Kapitel 34.2 – Diagnostische und interventionelle Radiologie – erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 50 %.
- e) Bei der Berechnung der Leistungen des Abschn. IV, Kapitel 34.5 – Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen – erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 50 %.
- f) Bei der Berechnung der Leistungen aus den Kapiteln
- 17.3 – Nuklearmedizinische Leistungen – ,
 - 25.3 – Strahlentherapeutische Leistungen – ohne die Leistung 25340,
 - 34.3 – Computertomographie – ,
 - 34.4 – MRT – und
 - 34.6 – Osteodensitometrie –
- erfolgt ein Abschlag von der Punktesumme der Leistung in Höhe von 80 %.

Die reduzierten Bewertungen gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

- 3) Folgende Regelungen sind bei der Abrechnung von Leistungen aus belegärztlicher Tätigkeit zu beachten:

- a) Dem nach § 31 BMV-Ä bzw. § 39 EKV anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient und Tag nach Nr. 01414 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 Nrn. 01414, 01414 + 01100 bzw. 01414 + 01101 EBM sowie die jeweils entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld nach Kap. 40 EBM berechnen.
- 4) Vom Belegarzt hinzugezogene Fachärzte können bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414 EBM sowie je Fall einmal das Wegepauschale bzw. Wegegeld und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen berechnen.
- 5) Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den für die stationäre/ belegärztliche Tätigkeit geltenden Bestimmungen dieses HVV vergütet.

§ 9

Erstattung von Kosten

- 1) Die Kosten für Materialien, die gemäß I, Allgemeine Bestimmungen, Kapitel 7.3 des EBM 2000 plus nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 5 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 5 EKV abgerechnet.
Hiervon können die Partner der Gesamtverträge abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.
- 2) Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus werden nach den dort genannten Regelungen erstattet.
- 3) Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss, werden erstattet. Der Arzt hat in der Abrechnung pro Gebühreneinheit die Nr. 80230 einzutragen.

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

§ 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 Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst (vgl. § 4 Abs. 3) ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näherliegenden Arzt-sitz angesetzt werden.
- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach Nr. 01721 des EBM 2000 plus 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. 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101 oder 05230 des EBM 2000 plus EUR 1,48

bei Besuchen/Visiten nach der Nr. 01411N, 01412N,
01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101
EUR 2,45

bei Besuchen nach den Nrn. 01410 und 01721 des
EBM 2000 plus
EUR 1,18

§ 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
 - g) die Höhe des Abzuges für das Ärztliche Hilfswerk
 - h) Einbehalte zur vorläufigen Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen
 - i) 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. Im Falle der Überzahlung sowie bei Insolvenz kann die Abschlagszahlung auf Beschluss durch den Bezirksstellenrat in angemessenem Umfang reduziert werden. Die Restzahlung für die fertiggestellte Quartalsabrechnung erfolgt bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden 4. Monats. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind.

Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige

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

Vorschüsse. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle.

- 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 Stellung 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/Nachverhandlung

- 1) Da die Auswirkungen dieses HVV 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.
Die Vertragspartner werden hierüber informiert.
- 2) Sofern die Abrechnung nach dem EBM 2000 plus dazu führt, dass die Regelung zur Leistungsmengensteuerung die Abrechnung einer notwendigen Behandlung nicht mehr zulässt, insbesondere wenn im Wesentlichen nur noch Grundleistungen voll vergütet werden, verpflichten sich die Partner dieses HVV

Verhandlungen aufzunehmen mit dem Ziel, eine Honorarverteilung zu vereinbaren, die diese Auswirkungen des EBM 2000 plus vermeidet.

- 3) Die Vertragspartner verständigen sich über vorsorgliche Maßnahmen (z. B. Rückstellungen, Vorbehaltsklauseln), wenn die Honorarfestsetzung nach diesem Vertrag im wesentlichen Umfang angefochten wird.

§ 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 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. 5 d) HVV 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

Haftungsausschluss*

- 1) Für den Fall, dass sich aus der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 bzw. den Regelungen in diesem Honorarverteilungsvertrag eine Rechtswidrigkeit von Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ergibt, so hat dies, vorbehaltlich abweichender höchstrichterlicher Rechtsprechung betreffend einer etwaigen Nachschussverpflichtung der Krankenkassen, keine Auswirkung auf die Höhe der Gesamtvergütung.

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

- 2) 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 anderen Partner dieser Vereinbarung im Rahmen der Beiladung keine Anträge gestellt werden.

§ 15 Laufzeit/Kündigung

- 1) Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2005 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2005; 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 Regelleistungsvolumina nach § 85 Abs. 4 Sätze 6 bis 8 SGB V in Kraft treten.
- 2) Die Vorschriften bezüglich der Abrechnung des in § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V bezeichneten Personenkreises werden in Folge der gesamtvertraglichen Regelung

gen über die Honorierung als ergänzende Verteilungsregelung mit Wirkung zum 01.01.2005 in Kraft gesetzt.

* Protokollnotiz zu § 14 des Honorarverteilungsvertrages:

Für den Fall, dass in einem Schiedsamtverfahren zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen im Bereich der Bundesrepublik Deutschland bestandskräftig festgestellt wird, dass ein gleicher oder ähnlicher Haftungsausschluss, wie er in § 14 des Honorarverteilungsvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein enthalten ist, in den Honorarverteilungsvertrag nicht aufzunehmen ist, wird die Regelung in § 14 des Honorarverteilungsvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein hinfällig.

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.

RHEINISCHES ARZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Nordrhein
und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

- **Herausgeber:**
Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung
- **Redaktion:**
Horst Schumacher (Chefredakteur)
Ruth Bahners (verantwort. für Beiträge der KV Nordrhein)
Jürgen Brenn
Rainer Franke
Karola Janke-Hoppe (Assistenz)
Karin Hamacher
Frank Naundorf
Sabine Schindler-Marlow
- **Anschrift der Redaktion:**
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,
Postfächer 300142 und 300161, 40401 Düsseldorf
Fernruf: (02 11) 43 02-1245, -1246, -1242, -1243
Telefax: (02 11) 43 02-1244
E-Mail: Rheinisches-Aerzteblatt@aekno.de
Internet: www.aekno.de
- **Redaktionsausschuss:**
Dr. Beate Bialas, Erkelenz
Dr. Sabine Dominik, Düsseldorf
Dr. Hans Uwe Feldmann, Essen
Dr. Helmut Gudat, Düsseldorf
Dr. Leonhard Hansen, Alsdorf
Dr. Rainer M. Holzborn, Dinslaken
Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Düren
Prof. Dr. Malte Ludwig, Bonn
Dr. Arnold Schüller, Neuss
PD Dr. Heinrich Schüller, Bonn
Dr. Kim Hin Siao, Weeze
Dr. Peter Potthoff, Königswinter

Offizielle Veröffentlichungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als Herausgeber des Rheinischen Arzteblattes sind ausdrücklich als solche gekennzeichnet (Amtliche Bekanntmachungen). Mit anderen Buchstaben oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung der Schriftleitung wieder.

Bei Einsendungen von Manuskripten an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden. Die Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn ein vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für die veröffentlichten Beiträge bleiben vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Schriftleitung.

- **Verlag, Vertrieb, Anzeigenverwaltung:**
WWF Verlagsgesellschaft mbH,
Postfach 18 31, 48257 Greven
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 025 71/93 76-30, Fax: 025 71/93 76-55
E-Mail: verlag@wwf-medien.de
Geschäftsführer: Manfred Wessels

- **Druck:**
WWF Druck + Medien GmbH
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven
Tel.: 025 71/93 76-0, Fax: 025 71/93 76-50
Bankverbindungen:
Kreissparkasse Ibbenbüren (BLZ 403 510 60) Konto-Nr. 63 050 843;
Postgiroamt Dortmund (BLZ 440 100 46) Konto-Nr. 392 700-463;
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 12 vom 1. Januar 2005 gültig.
Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Bezugspreis jährlich 73,00 € einschließlich Zustellgebühr. Das Rheinische Arzteblatt erscheint monatlich einmal, Anzeigenabschluss ist am 10. des Vormonats.

ISSN: 0035-4481