

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

Kreis Heinsberg
Praktischer Arzt/
Praktische Ärztin
(Gemeinschaftspraxis)
Chiffre: 002/2007

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Chirurgie -Gefäßchirurgie-
(gebietsübergreifende
Gemeinschaftspraxis)
Chiffre: 003/2007

Rhein-Erft-Kreis
Praktische(r) Arzt/Ärztin
Gemeinschaftspraxis
Chiffre: 004/2007

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für Haut-
und Geschlechtskrank-
heiten (Einzelpraxis)
Chiffre: 006/2007

Kreis Heinsberg
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 007/2007

Stadt Bonn
Facharzt/-ärztin für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
(Einzelpraxis)
Chiffre: 008/2007

Rheinisch-Bergischer
Kreis
Facharzt/-ärztin für
Orthopädie
(Einzelpraxis)
Chiffre: 010/2007

Stadt Köln
Praktische(r) Arzt/Ärztin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 011/2007

Stadt Bonn
Facharzt/-ärztin für
Allgemeinmedizin
(Einzelpraxis)
Chiffre: 012/2007

Stadt Köln
Facharzt/-ärztin für
Innere Medizin
-Kardiologie-
(Gemeinschaftspraxis)
Chiffre: 012a/2007

Bewerbungsfrist:
Bis 12.01.2007

Kreis Aachen
Facharzt/-ärztin für Neu-
rologie und Psychiatrie
-Psychotherapie-
(Einzelpraxis)
Chiffre: 005/2007

Im Bereich Köln

Bewerbungsfrist:
Bis 12.01.2007

Kreis Düren
Psychologische(r)
Psychotherapeut(in)
(Praxisgemeinschaft)
Chiffre P 01/2007

***Wir weisen darauf hin,
dass sich auch die in den
Wartelisten eingetragenen
Ärzte und Psychologischen
Psychotherapeuten sowie
Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeuten bei Interesse
um den betreffenden
Vertragsarztsitz bewerben
müssen.***

***Außerdem sind Bewerbungen
von Internisten, die hausärztlich
tätig werden möchten, auf
ausgeschriebene Sitze von
Allgemeinmedizinern beziehungsweise
Bewerbungen von Allgemein-
medizinern auf ausgeschriebene
Sitze von Internisten (hausärztliche
Versorgung) möglich.***

Honorarverteilungsvertrag

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
(KV Nordrhein)

- einerseits -

und

der AOK Rheinland/Hamburg -
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 IKK 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 verein-

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

baren. Die Vertragspartner vereinbaren, dass der zum **01.04.2005 in Kraft getretene EBM 2000plus in seiner aktuellen Fassung stärker als bisher auf die Honorarverteilung wirken und die Honorarverteilung weiterentwickelt werden soll.**

Aufgrund dessen kommt für den Zeitraum vom **01.01.2007 bis zum 31.03.2007** der am 31.12.2006 geltende Honorarverteilungsvertrag vom 21.11.2005, in der Fassung vom 20.04.2006 *Rheinisches Ärzteblatt 6/2006, Seite 70 ff.* zur Anwendung. **Hierzu werden die nachstehenden Vorschriften wie folgt gefasst; im Übrigen gilt der Honorarverteilungsvertrag unverändert weiter.**

I) Hierzu werden in § 6 Abs. 3, in § 6 b die Absätze 4, 5 und 6 sowie in § 7 der Abs. 1 ersetzt durch die nachfolgenden Bestimmungen:

§ 6 Honorarverteilung

- 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 2000plus, 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 2000plus 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,
 - 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 i. V. m. § 121 a SGB V aufgrund des Geset-

zes 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) **Notfalleistungen an Krankenhäusern vermindert um einen 10%-igen Abschlag, bewertet mit einem Punktwert von 4,6016 Cent,**
- k) **Leistungen aufgrund Institutsermächtigungen vermindert um einen 10%-igen Abschlag, bewertet mit dem sich ergebenden durchschnittlichen Punktwert im fachärztlichen Versorgungsbereich,**
- 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 b Honorarverteilung im fachärztlichen Versorgungsbereich

- 4) Von dem hiernach verbleibenden Verteilungsbetrag wurden in den Quartalen 2 – 4/05 0,9707% für Pathologen der Arztgruppe 47 abgezogen, die auch in der vergleichenden Betrachtung nach Abs. 5 für diesen Zeitraum in Abzug gebracht werden.
Im Übrigen werden für die Pathologen der Arztgruppe 47 von dem verbleibenden Verteilungsbetrag für das Quartal 3/06 1,2206%, für das Quartal 4/06 1,4079% und für das Quartal 1/07 **1,5929%** in Abzug gebracht.
- 5) Der dann verbleibende Verteilungsbetrag wird auf Honorartöpfe, getrennt für einzelne Facharztgruppen, verteilt. Dabei wird der Anteil der einzelnen Fachgruppen an der Summe des Bruttoleistungsbedarfes für punktzahlbewertete Leistungen der Quartale 2 - 4/05 – **unter Berücksichtigung der Anpassung der Leistungen nach den Nrn. 16230, 16231, 21230 und 21231 (EBM) ab dem Quartal 4/06** – prozentual ermittelt und auf die Summe der Verteilungsbeträge der Quartale 2 – 4/05 für punktzahlbewertete Leistungen, die der Begrenzungsregelung nach § 7 unterliegen, angewandt.

Unter Berücksichtigung der bis zum 30.06.2006 geltenden Systematik bei der Bildung der Honorartöpfe und der jeweiligen Vergütung hieraus sowie der Vergütung aller der Begrenzungsregelung nach § 7 (Individualbudget) unterliegenden und anerkannten Punktzahlen einschließlich des gemäß § 7 Abs. 2

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

erfolgten Ausgleichs der Fachgruppenquoten bei +/- 10 %, sind den Verteilungsbeträgen für punktzahlbewertete Leistungen in 2 – 4/05 die Summen der sog. Vorwegabzüge (§ 6 b Abs. 6) in 2 – 4/05 je Fachgruppe prozentual zuzuführen.

Aus der vorstehend beschriebenen Vorgehensweise zur Bildung von Honorarkontingenten je Facharztgruppe ergeben sich prozentuale Veränderungen zu den bis zum 30.06.2006 geltenden Honorartöpfen. Im Rahmen einer Konvergenzphase sollen diese prozentualen Veränderungen in drei Teilschritten, jeweils mit Wirkung ab dem 01.07.2006 für das Quartal 3/06, ab dem 01.10.2006 für das Quartal 4/06 und ab dem 01.01.2007 für das Quartal 1/07 dergestalt vollzogen werden, dass die Abweichungen je Facharztgruppe zunächst mit 40%, dann mit 70% und dann zu 100% auf die Honorarverteilung durchgreifen.

Die Facharztgruppen und deren prozentuale Anteile am Verteilungsbetrag 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			
	Honorartöpfe zzgl. des Ausgleichs der Fach- gruppenquoten nach § 7 Abs. 2 (i.d.F. bis 30.06.06) in den Quartalen 2-4/05	Honorartöpfe für das Quartal 3/06	Honorartöpfe für das Quartal 4/06	Honorartöpfe für das Quartal 1/07
Anaesthesisten der FG 01	2,8869%	2,9873%	3,0630%	3,1340%
Augenärzte der FG 04	8,3874%	8,4424%	8,4838%	8,5120%
Chirurgen der FG 07	6,9268%	7,0560%	7,1532%	7,2395%
Gynäkologen der FG 10	12,6998%	12,5681%	12,4688%	12,3497%
HNO-Ärzte der FG 13	7,7658%	7,6006%	7,4762%	7,3398%
Hautärzte der FG 16	5,5116%	5,4157%	5,3433%	5,2624%
FÄ Internisten der FG 19/ UG A, B, C, 9	3,6897%	4,0300%	4,2863%	4,5365%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 6	2,9907%	3,0147%	3,0329%	3,0463%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 7	0,8562%	0,9001%	0,9331 %	0,9647%
FÄ Internisten der FG 19/ UG 8	0,5866%	0,6151%	0,6366%	0,6571%
Laborärzte der FG 26	6,5103%	6,5245%	6,5352%	6,5357%
Lungenärzte der FG 29	2,1770 %	2,3033%	2,3984%	2,4900%
Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgen der FG 35	0,5009%	0,4714%	0,4492%	0,4263%
Nervenärzte der FG 38	7,1748%	7,2277%	7,2676%	7,4536%
Neurochirurgen der FG 41	0,2691 %	0,2732%	0,2763 %	0,2790%
Orthopäden der FG 44	12,3792%	11,9134%	11,5625%	11,1926%
Radiologen / Strahlen- therapie und Nuklearme- dizin der FGn 53 und 59	13,7414%	13,8504%	13,9326%	13,9930%
Urologen der FG 56	4,6042%	4,4595%	4,3505%	4,2345%

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

Vertragskassen Arztgruppen Fachärzte	Anteile			
	Honorartöpfe zzgl. des Ausgleichs der Fach- gruppenquoten nach § 7 Abs. 2 (i.d.F. bis 30.06.06) in den Quartalen 2-4/05	Honorartöpfe für das Quartal 3/06	Honorartöpfe für das Quartal 4/06	Honorartöpfe für das Quartal 1/07
Ärzte für Physikalisch- rehabilitative Medizin der FG 63	0,1510%	0,1526%	0,1538%	0,1548%
Humangenetiker u.a. der FG 72	0,1906%	0,1939%	0,1964%	0,1986%

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. Sollte der Verteilungsbetrag zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen, erfolgt ein Ausgleich bis 90% der angeforderten Laborkosten zu Lasten des Ausgabenvolumens (§ 6).
- Die strahlentherapeutischen Leistungen werden mit einem festen Punktwert von 4,5 Cent vergütet.
- **Die Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren auf der durchschnittlichen Basis der Quartale 2/05 bis 1/06 mit einem Anteil von 50%.**
- 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

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

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

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 i.V.m. § 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.

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 um die abgerechneten Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000plus, die in der Bewertung der ärztlichen Leistungen in der Fassung des EBM 1996 enthalten waren, in der Weise vermindert, **dass diese durchschnittlich abgerechneten Kosten mit einem Anteil von 50% auf Basis der Quartale 2/05 bis 1/06 durch Division mit dem Faktor 5,11 Cent in Punktzahlen umgerechnet werden.**

Das maximal abrechenbare individuelle Punktzahlvolumen einer vertragsärztlichen Praxis, eines Medizinischen Versorgungszentrums oder eines ermächtigten Arztes wird ferner um die strahlentherapeutischen Leistungen in der Weise vermindert, dass der der Individualbudgetierung unterliegende angeforderte strahlentherapeutische Leistungsbedarf der Quartale 1 bis 4/04, multipliziert mit der sich je Quartal ergebenden praxisindividuellen Quote, als durchschnittliches Punktzahlvolumen in Abzug gebracht wird.

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.

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

II) In § 12 wird der Abs. 3 wie folgt gefasst:

§ 12

**Ausnahmeregelung/
Nach- und Neuverhandlung**

- 3) Die Vertragspartner werden mit Wirkung ab dem 01.04.2007 bei der Honorarverteilung die Individualbudgetierung aufgeben und Regelleistungsvolumina (§ 85 Abs. 4 SGB V i.V.m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004) nach Maßgabe der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage einführen. Diese neue Honorarverteilung entwickeln die Vertragspartner bis zum 15.02.2007 gemeinsam in einer Arbeitsgruppe.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Höhe aller im Honorarverteilungsvertrag zu vereinbarenden Punktwerte einerseits die medizinisch notwendige Versorgung der GKV-Versicherten, andererseits die Höhe der Gesamtvergütung berücksichtigen sollen.

III) § 15 HVV erhält folgende Fassung:

§ 15

Laufzeit / Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2007 in Kraft und läuft bis zum 31.03.2007.

Düsseldorf, den 30. November 2006

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

*gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes der
AOK Rheinland/Hamburg – 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.*

Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

der AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK Nordrhein
Kölner Str. 1-5, 51435 Bergisch Gladbach

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-
Westfalen
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 69, 40210 Düsseldorf

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 69, 40210 Düsseldorf

über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2007

§ 1

Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen