

Kreis Heinsberg
Psychol. Psychotherapeut/-in
(Einzelpraxis)
Chiffre P 11/2009

Bewerbungsfrist:
Bis 14.04.2009

Kreis Heinsberg
Psychol. Psychotherapeut/-in
Einzelpraxis
Chiffre P 07/2009

Erster Ergänzungsvertrag

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

– einerseits –

und

der **AOK Rheinland/Hamburg** – Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf

dem **Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen**,
Essen

der **IKK Nordrhein**, Bergisch Gladbach

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen**,
Münster

der **Knappschaft**, Bochum

sowie den Ersatzkassen

der **Barmer Ersatzkasse**

der **Techniker Krankenkasse**

der **Deutschen Angestellten Krankenkasse**

der **Kaufmännischen Krankenkasse – KKH**

der **Gmünder Ersatzkasse – GEK**

der **Hamburg Münchener Krankenkasse**

der **HEK – Hanseatischen Krankenkasse**

der **hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den
Leiter der vdek – Landesvertretung NRW

– andererseits –

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 im Geltungsbereich Nordrhein gemäß §§ 87 ff. SGB V. Dabei regeln die Parteien die Vergütung auf Basis des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 38/2008, und der Ergänzungen/Änderungen hierzu durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 17. bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23. Oktober 2008, jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 48/2008, **sowie der Beschlüsse vom 15. Januar (Deutsches Ärzteblatt 7/2009) und 27. Februar 2009,**

(insgesamt im folgenden Beschluss genannt), sofern sich aus den nachfolgenden Regelungen nichts Abweichendes ergibt.

Dieser Vertrag beinhaltet die selbständigen Teile A und B. Teil A regelt die Vergütung zwischen den Vertragspartnern (Honorarvertrag). Im Teil B finden sich die Regelungen zur Honorarverteilung gegenüber den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (HVV). Insofern bestehen – wie in der Vergangenheit – getrennte Regelungskreise.

Präambel

Die Parteien dieser Vereinbarung haben sich darüber verständigt, den Teil B aufgrund der Weiterentwicklung der Beschlüsse des Bewertungs- bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses zu ändern bzw. zu ergänzen. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

Teil B

- I. In § 1 Abs. 8b) Nr. (4) Satz 1 wird die Formulierung „ggf. in Verbindung mit den Nrn. 01100 bzw. 01101 EBM“ und in § 1 Abs. 8b) Nr. (5) werden die Klammerzusätze „(mit Ausnahme der in Abs. 4d)“ ersatzlos gestrichen.
- II. In § 6 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

Konvergenzphase

a) Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen wird eine Konvergenzphase mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen eingeführt. Dabei wird für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal 7,5% als prozentualer Grenzwert für Fallwertverluste über den GKV-Gesamtumsatz festgelegt. Die Veränderung darf nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden sein und muss ihren Grund in der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik ab dem 01.01.2009 haben. Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der einzelnen Arztpraxen setzt im Einzelnen voraus, dass

- der GKV-Gesamtumsatz ohne Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM im Abrechnungsquartal um mehr als 7,5% unter dem Gesamtumsatz des Vorjahresquartals liegt,
- der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis (Gesamtumsatz geteilt durch gesamte Fallzahl) im Abrechnungsquartal um mehr als 7,5% unter dem entsprechenden Fallwert des Vorjahresquartals liegt.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall der Fallwert gesamt der jeweiligen Praxis im Vorjahresquartal abgesetzt um 7,5% und mit der Gesamtfallzahl der Praxis im aktuellen Abrechnungsquartal multipliziert. Die sich ergebende Differenz zum GKV-Gesamtumsatz im Abrechnungsquartal wird zur Beschränkung der Umsatzverluste je Fall an die einzelne Arztpraxis ausgezahlt.

- b) Zur Finanzierung der Beschränkung der Umsatzverluste je Fall wird bei den Ärzten im hausärztlichen Versorgungsbereich, die im jeweiligen Abrechnungsquartal einen höheren GKV-Gesamtumsatz ohne Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM erzielen als im entsprechenden Vorjahresquartal, 40% des den GKV-Gesamtumsatz im entsprechenden Vorjahresquartal übersteigenden Anteils verwendet. Entsprechendes gilt bei Ärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich mit der Maßgabe, dass hier 50% zur Finanzierung verwendet werden. Keine Anwendung findet die Regelung zur Finanzierung bei Praxen in der sog. Aufbauphase i. S. des Abs. 2.
- c) Die vorstehenden Regelungen gelten nicht für die Leistungserbringer nach § 8 Abs. 1 und nicht für die Arztgruppen, für die kein RLV ermittelt und festgesetzt wird (Anlage B3).

III. § 7 Abs. 2b) Satz 1 und Satz 2 erhalten folgende Fassung und ein neuer Satz 3 wird wie folgt eingefügt:

„Die Vergütung für qualitätsgebundene Leistungen nach Beschluss Teil F Anlage 1 Nr. 5 bzw. Nr. 6 erfolgt nach Maßgabe des § 5 Abs. 3a) bzw. 4a); die überschreitenden qualitätsgebundenen Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis gemäß Absatz 1 vergütet.

Die Vergütung von den in der Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (5), (7), (8) und (9) sowie Abs. 2b) Nrn. (5), (8) und (9) aufgeführten Leistungen außerhalb des RLV werden nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent bzw. mit den in Euro vereinbarten Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM vergütet. Gleiches gilt für die Leistungen, die in Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nr. (1) und Abs. 2b) Nr. (1) aufgeführt, aber nicht im Beschluss Teil F Anlage 1 Nr. 5 bzw. Nr. 6 genannt sind.“

IV. In Anlage B 2 wird

die bei der Vakuumstanzbiopsie genannte Ziffer durch die Nrn. **34274, 40454, 40455, 40854, 40855 EBM** ersetzt

und

die bei der Phototherapeutische Keratektomie genannten Ziffern um die Nr. **40680 EBM** ergänzt.

V. In der Anlage B 3

- a) entfällt mit Wirkung ab dem 01.04.2009 die Benennung der Arztgruppen
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
und
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung
- b) entfällt mit Wirkung ab dem 01.07.2009 die gesonderte Benennung der Arztgruppe **Fachärzte für Gefäßchirurgie**.

VI. Die Anlage B 4 wird in Schritt 2, Abs. 2 wie folgt gefasst:

Schritt 2 Berechnung des (vorläufigen) RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

2) RLV-Vergütungsvolumen für den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich (RLV_{VB})

Das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich wird auf Basis der Vergütungsanteile des Jahres 2007 zzgl. der Entwicklung in 2008 im

- a) **hausärztlichen Versorgungsbereich** gemindert um
- (1) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen für
 - Sonographie nach den Nrn. 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 3060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092 EBM,
 - **Phlebologie nach der Nr. 30500 EBM vorausgesetzt, der einzelne Leistungserbringer verfügt neben der Zusatzbezeichnung Phlebologie auch über die Abrechnungsbefugnis für die Nrn. 13300 und 13301 EBM**
 - Psychosomatik nach den Nrn. 35100 und 35110 EBM,
 - Prokto-/Rektoskopie nach den Nrn. 03331 bzw. 04331 EBM,
 - Kleinchirurgie nach den Nrn. 02300 bis 02302 EBM,
 - Langzeit-EKG nach den Nrn. 03322 bzw. 04322 EBM,
 - Langzeit-Blutdruckmessung nach den Nrn. 03324 bzw. 04324 EBM,
 - Spirometrie nach den Nrn. 03330 bzw. 04330 EBM,
 - Ergometrie nach den Nrn. 03321 bzw. 04321 EBM,
 - Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM,
 - (2) 3% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - (3) die gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen,
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (z.B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2
 - (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes,

- (5) die zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537 EBM),
- (6) die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- (7) die Vergütungen des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Entwicklung in 2008 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102 EBM)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag (GOP 03241 und 04241 EBM)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, **durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte**
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen
- (8) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende regionale Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2b)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
 - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - AIDS-Vereinbarung
 - Onkologie-Vereinbarung
 - Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) bis **30.06.2009** mit der Maßgabe, dass die Vertragspartner über die Fortführung für Anschlusszeiträume noch verhandeln,
- (9) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von Leistungen, für die dem einzelnen Leistungserbringer eine Ausnahmeregelung gem. § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, gewährt wurde (sog. KO-Leistungen).**

Dadurch ergibt sich das RLV-Vergütungsvolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich.

b) fachärztlichen Versorgungsbereich gemindert um

- (1) die zu erwartenden Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen für
 - Diagnostische Radiologie nach den Nrn. 34210 bis 34282 EBM
 - **Sonographie nach den Nrn. 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie**

- **Phlebologie nach der Nr. 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie**
 - **Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM durch die Fachärzte für Orthopädie,**
- (2) 3% für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
 - (3) die gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen,
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten
 - für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen, Gewährung von Ausnahmen)
 - zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - für Praxisbesonderheiten gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V
 - zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2
 - (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes,
 - (5) die zu erwartenden Zahlungen für die Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (**GOP 13437, 13438, 13439, 13677 EBM**),
 - (6) die zu erwartenden Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein Regelleistungsvolumen erhalten,
 - (7) die zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 3 zu diesem HVV genannte Arztgruppen,
 - (8) die Vergütungen des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Entwicklung in 2008 für folgende Leistungen:
 - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102 EBM)
 - Leistungen im organisierten Notfalldienst
 - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415 EBM)
 - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531 EBM)
 - Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 EBM
 - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324 EBM)
 - Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225 EBM)
 - Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag, GOP 13253 EBM)
 - Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312 und 19331 EBM)
 - ESWL (GOP 26330 EBM)
 - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, **durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte**
 - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM

- Polysomnographie (GOP 30901 EBM)
- MRT-Angiographie des Abschnitts **34.4.7 EBM**
- Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen
- **Anästhesien des Kapitels 5 EBM mit Ausnahme der Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2)**

(9) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende regionale Vereinbarungen:

- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2b)
- Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- AIDS-Vereinbarung
- Onkologie-Vereinbarung
- Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe (vitreo-retinale Chirurgie) bis **30.06.2009** mit der Maßgabe, dass die Vertragspartner über die Fortführung für Anschlusszeiträume noch verhandeln.

Dadurch ergibt sich das RLV-Vergütungsvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich.

c) Versorgungsbereichswechsel

Die RLV-Vergütungsvolumen sind bei einem Versorgungsbereichswechsel durch einen Vertragsarzt dahingehend anzupassen, dass die Berücksichtigung des Wechsels quartalsweise stattfindet und die Bereinigung auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchgeführt wird.

d) Bereinigungen der Gesamtvergütungen

Soweit im Zusammenhang mit Verträgen nach den §§ 63 ff., 73 b, 73 c und 140 ff. SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.

VII. § 14 wird ergänzt um den Satz:

„Die Änderungen und Ergänzungen durch den ersten Ergänzungsvertrag zu Teil B treten mit Wirkung zum 01.04.2009 in Kraft; § 6 Abs. 5 gilt bis zum 30.06.2009.“

Düsseldorf, den 02.03.09

Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein
gez. Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverband NRW
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

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

Landwirtschaftliche Krankenkasse
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

Knappschaft
gez. Rolf Stadié
Direktor

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
gez. Sieghart Niggemann
Leiter der Landesvertretung NRW

Zuweisung zeitbezogener Kapazitätsgrenzen für psychotherapeutische Leistungen

Ab dem 01.01.2009 erfolgt die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit einer festen Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung. Allerdings gelten zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Die Leistungen werden bis zu dieser Grenze nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Leistungen, die über die zeitbewertete Kapazitätsgrenze hinausgehen, werden bis zum 1,5fachen der Grenze mit einem sich nach Leistungsmenge ergebenden abgestaffelten Preis vergütet.

Die zeitbewertete Kapazitätsgrenze wird gebildet als Summe aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen (Kapitel 35.2 EBM) in Höhe von 27.090 Minuten und der gruppenbezogenen Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen. Die gruppenbezogenen Kapazitätsgrenzen für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen ergeben sich aus dem Durchschnitt der für diese Leistungen abgerechneten Zeiten. Dabei ergeben sich die Zeiten jeweils nach den Prüfzeiten der Leistungen gemäß Anlage 3 zum EBM.

Welche Kapazitätsgrenzen im Einzelnen gelten, regelt sich nach der Zugehörigkeit zu einer der nachstehend aufgeführten Gruppen. Für die Angehörigen der nachstehenden Gruppen gelten die zugeordneten Kapazitätsgrenzen. Die in der nachstehenden Tabelle vorgenommene Zuweisung der Kapazitätsgrenzen zu den Angehörigen der jeweiligen Gruppe gilt für das Quartal II/2009; für nachfolgende Quartale werden erneut Kapazitätsgrenzen zugeordnet.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen* (Minuten) II/2009
Psychologische Psychotherapeuten	30.749
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten	30.370
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.598
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	30.738

*Die Kapazitätsgrenzen für diese Leistungen werden auf Grundlage des entsprechenden Vorjahresquartals des Jahres 2008 berechnet und sind je Quartal unterschiedlich.