

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

- einerseits -

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Düsseldorf, vertreten durch den Vorstand und dieser vertreten durch ein Mitglied des Vorstandes

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 Ver-

einigung Nordrhein, den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam zu vereinbaren.

Für den Zeitraum ab dem 01.01.2008 kommt der Honorarverteilungsvertrag in der Fassung vom 31.05.2007 Rheinisches Ärzteblatt 7/2007, Seite 58 ff., einschließlich der Fassung des § 8 gemäß der Veröffentlichung im Rheinischen Ärzteblatt 1/2008, Seite 53 ff. in der Fassung der nachstehenden Vorschriften zur Anwendung; im Übrigen gilt der Honorarverteilungsvertrag vorbehaltlich der zu schließenden Änderungsvereinbarungen in Bezug auf die zwischen den Vertragspartnern strittige Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 139. und 144. Sitzung – und auch bezüglich der hausärztlichen Grundvergütung gemäß § 6 a Abs. 5 - vorläufig weiter.

I) § 6 a Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„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 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 bis zu einer Höhe von insgesamt **679.185 Punkten** je Quartal und Leistungserbringer einen Mindestpunktwert **i.H.v. 4,27 Cent. Dieser Punktwert wurde unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 139. Sitzung ermittelt.** Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt

nach Maßgabe der mit den Krankenkassen hierfür vereinbarten Regelungen.“

II) § 6 b Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„Das Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbeitrag 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 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 bis zu einer Höhe von insgesamt **679.185 Punkten** je Quartal und Leistungserbringer einen Mindestpunktwert **i.H.v. 4,27 Cent. Dieser Punktwert wurde unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 139. Sitzung ermittelt.**

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

III) § 7 b Absätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„1) Übersteigt der anerkannte Leistungsbedarf für psychotherapeutische Leistungen des Kapitels 35.2 EBM den vom Bewertungsausschuss bestimmten Punktzahl-

Amtliche Bekanntmachungen

lengrenzwert von **679.185 Punkten** je Quartal und Arzt bzw. Therapeut, so wird die übersteigende Punktzahl auf diesen Grenzwert gekürzt.

- 2) Übersteigt der anerkannte Leistungsbedarf für nicht antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (übrige psychotherapeutische Leistungen ohne Kapitel 35.2 EBM) das Regelleistungsvolumen, gebildet aus der Fallzahl multipliziert mit einer Fallpunktzahl von 1900 Punkten bzw. 2700 Punkten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (**siehe Formulierungen zur Änderungsvereinbarung in der Präambel**), werden die übersteigenden Punktzahlen gekürzt.“

IV) § 6 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„Aus dem je Quartal zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumen sind vorweg zu berücksichtigen:

- a) Zahlungen an andere Kassenärztliche Vereinigungen für Fremdartzfälle 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 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) strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM mit einem Punktwert i.H.v. 4,2 Cent für Vertragsärzte und 3,8 Cent für ermächtigte Krankenhausärzte,**
 - k) Notfalleistungen durch Krankenhäuser vermindert um einen 10 %-igen Abschlag, bewertet mit einem Punktwert von 4,6016 Cent, sofern sie den Leistungen nach f) gleichzusetzen sind,
 - l) Leistungen aufgrund Institutsermächtigungen vermindert um einen 10 %-igen Abschlag, bewertet mit dem sich nach § 6 c Abs. 2 ergebenden allgemeinen Durchschnittspunktwert für den fachärztlichen Versorgungsbereich,
 - m) Vergütungen für Leistungen nach Maßgabe der mit den Krankenkassen jeweils getroffenen

Sonderevereinbarungen, soweit sie nicht dem hausärztlichen oder dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet werden können bzw. nicht zuzuordnen sind.“

V) § 16 erhält folgende Fassung:

§ 16 Laufzeit / Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2008. Sie verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn sie nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einer Krankenkasse die Kündigung rechtzeitig zugeht.

Düsseldorf, den 13. März 2008

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

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

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

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

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer

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

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