

### Vertrag

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 (TK)**  
der **Deutschen Angestellten Krankenkasse (Ersatzkasse)**  
der **KKH – Allianz (Ersatzkasse)**  
der **Gmünder Ersatzkasse (GEK)**  
der **Hamburg Münchener Krankenkasse**  
der **HEK - Hanseatische Krankenkasse**  
der **hkk**  
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,  
**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**, vertreten durch den Lei-  
ter der vdek - Landesvertretung NRW

- andererseits -

über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2010 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 (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01., 27.02., 17.03., 20.04., 02.09. und 22.09.2009, jeweils veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt (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, dass der Vertrag über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen aus dem Jahr 2009 im Jahr 2010 in nachstehender Fassung fortgeführt wird.

### Teil B

Der HVV in der bis zum 31.12.2009 geltenden und in der Anlage beigefügten Fassung gilt unverändert fort, soweit die nachstehenden Bestimmungen ihn nicht abändern.

- I. Der Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent wird ersetzt durch den Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent.
- II. In § 1 Abs. 7c) wird im letzten Satz die Angabe „41/2008“ gestrichen; der Satz erhält nunmehr folgende Fassung „Die Verfahrens-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nr. 1 SGB V, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, ist in ihrer jeweils geltenden Fassung zu beachten.“
- III. In § 3 wird
  - im ersten Unterabsatz der dritte Satz nach der Formulierung „Teil A dieses Vertrages“ ergänzt um „oder aufgrund von Strukturverträgen“.
  - im vierten Satz des ersten Unterabsatzes die Angabe „48/2008“ gestrichen und am Ende des Satzes die Formulierung „in ihrer jeweils geltenden Fassung“ angefügt.
  - im dritten Unterabsatz die Beschlussangabe „Teil B vom 20.04.2009“ ersetzt durch „Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009“.
- IV. In § 5
  - Abs. 1 wird am Ende folgender Unterabsatz angefügt „Im Falles des Abschlusses von Verträgen nach den §§ 63 ff. 73b, 73c und 140ff SGB V erfolgt die Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina u.a. nach den auf Bundesebene hierzu getroffenen Regelungen.“.
  - Abs. 3a) sowie gleichlautend in Abs. 4a) wird die Beschlussangabe „Teil F“ ergänzt um „Abschnitt I.“ und das Datum „01.01.2009“ ersetzt durch „01.01.2010“.
  - Abs. 3b) sowie gleichlautend in Abs. 4b) werden die Beschlussangaben „Teil F“ ergänzt um „Abschnitt I.“
  - Abs. 5 wird ein neuer Satz 7 wie folgt „Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.“ eingefügt.
- V. In § 6
  - Abs. 1a) wird nach der Aufzählung (1) bis (3) folgende Formulierung ergänzt „können Zuschläge auf das arzt-/

praxisbezogene RLV durch Erhöhung der Fallzahl bewilligt werden.“

- Abs. 2 wird das Datum „01.01.2007“ ersetzt durch „01.04.2007“.

### VI. In § 7

- Abs. 2a) wird nach der Formulierung „Schritt 1 aufgeführten“ die Formulierung „Leistungen und“ ergänzt.
- Abs. 2b) sowie gleichlautend in Abs. 2d) wird am Ende folgender Satz ergänzt „Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung in Höhe von 3,5048 Cent.“
- Abs. 2c) wird die Beschlussangabe „Teil F“ ergänzt um „Abschnitt I.“

### VII. § 8 erhält nachstehende Fassung:

#### „§ 8 Psychotherapeutische Leistungen

##### 1) Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Den Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anderen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien werden zeitbezogene Kapazitätsgrenzen nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Nr. 4 je Abrechnungsquartal zugewiesen. Nach § 5 Abs. 6 Nr. 1. der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte sowohl Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, als auch Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90% überschreiten.

Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen werden quartalsweise gebildet unter Zugrundelegung der Prüfzeiten Anhang 3 zum EBM als Summe aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM in Höhe von 27.090 Minuten und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM gebildet nach dem Durchschnitt der abgerechneten Zuwendungszeit je Leistungserbringer im entsprechenden Quartal des Jahres 2008.

Hierbei ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Arztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Sofern der Arzt nur eine halbe Zulassung hat, beträgt seine zeitbezogene Kapazitätsgrenze die Hälfte der arztgruppenspezifischen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Angestellte Ärzte erhalten eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze mit dem Prozentsatz, mit dem der Angestellte in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.

Die Zuweisung an den Leistungserbringer oder die Praxis erfolgt durch Verwaltungsakt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein jeweils regelmäßig vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Die Zuweisung kann als Allgemeinverfügung (§ 31 Satz 2 SGB X) durch amtliche Bekanntmachung (§ 37 Abs. 3 SGB X, § 16 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) erfolgen.

##### 2) Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für den Vergütungsbereich der psychotherapeutischen Leistungen

Aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Abschnitte 35.1 – mit Ausnahme der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 EBM - und 35.3 und der Kapitel 22 und 23 EBM aus einem eigenständigen Vergütungsbereich. Hierfür wird der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 multipliziert mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Von diesem Vergütungsvolumen werden 2% für die Vergütung bis zur 1,5 fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze verwendet. Dem verbleibenden Vergütungsvolumen wird das entsprechende Vergütungsvolumen aus der Erhöhung des Behandlungsbedarfs je Versicherten aufgrund von Auswirkungen des GKV-OrgWG nach Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 Teil B, Nr. 3.3 in Höhe von 0,1722% zugefügt und steht für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung.

##### 3) Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen

Die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt mit dem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent.

Die Vergütung der Leistungen bis zum 1,5 fachen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erfolgt aus dem o.g. 2%igen Vergütungsvolumen mit einem abgestaffelten Preis. Dieser wird quartalsweise aus dem Vergütungsvolumen von 2% und dem die Kapazitätsgrenze überschreitenden Leistungsbedarf ermittelt und ist begrenzt auf max. 3,0 Cent.“

VIII. In § 13 Abs. 1 wird im letzten Satz der Halbsatz „, insbesondere bei Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung und zu den Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBM,“ gestrichen.

IX. In § 14 wird das Inkrafttreten zum „01.01.2010“ vereinbart und die Laufzeit bis zum „31.03.2010“ festgesetzt.

X. In der Anlage B 1 erhält der Punkt

- „Abrechnung von Laborleistungen nach Kap. 32.2 EBM“ folgende Fassung“

„Ich/wir sind Mitglied der Laborgemeinschaft (BSNR):

.....

Ich/wir erkläre(n), dass die von mir/uns über Muster 10 A bezogenen und von der Laborgemeinschaft abzurechnenden Analyse-

kosten dem erteilten Auftrag entsprechen und nicht Bestandteil meiner/unserer Abrechnung sind.“

- „Erklärung bei Abrechnung von Leistungen, an denen mehrere Ärzte/Arztpraxen mitgewirkt haben“ folgende Fassung  
„Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen aus den Abschnitten 1.5, 5.4, 31.3, 31.4, 36.3 und 36.6 und der Leistungen nach den Nrn. 01910, 01911, 05350, 30920, 30922 und 30924 EBM mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall mitgewirkt haben, Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Arztpraxen besteht, dass nur ich allein/nur die unterzeichnende Arztpraxis in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne(t). Ferner bestätige ich, dass bei der Erbringung der Leistungen nach der Nr. 01857 EBM kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat sowie, dass ich im Fall der Abrechnung der Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM der allein behandelnde Arzt bin.“

### XI. Die Anlage B 2 wird um Folgendes ergänzt bzw. geändert

- „Ergänzung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (BIG Früherkennung-U11 Vorsorgeuntersuchung)“
- Der Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (**Hautkrebs-Screening EKK**) wird betr. „EKK“ durch „GEK“ ersetzt)
- „Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Hautkrebs-Screening TK)“
- „BKK Dräger und Hanse“ bei dem Punkt Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV Impfung mit BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, BKK für Heilberufe, BKK Novitas, pronova BKK, BKK Victoria-D.A.S, TK, BIG Gesundheit)
- Der „Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation (**Katarakt EKK Fallpauschale**)“ wird ersetzt durch die „Vereinbarung über die Vergütung der vertragsärztlichen Kataraktoperation und der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien (**Katarakt EKK Fallpauschale**)“
- „13311I“ bei dem Punkt „Belegärztliche Leistungen des Kapitels 36, 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe
- Leistungen nach Kapitel 31 und nach dem Katalog zu § 115b SGB V Abschnitt 2 und Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden sowie Nrn. 13421-13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 EBM (Strukturvertrag zur Förderung ambulanter Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung
- „32880-32882“ bei dem Punkt Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 sowie der Nrn. 40850, 40852 EBM
- „40865 - 40868“ bei dem Punkt Kostenpauschalen nach den Nrn. 40860, 40862, 40870 und 40872 EBM
- „Telefonkosten nach der Nr. 80230“
- „Diagnostik bei der sog. Neuen Grippe nach den Symbolnummern 88740 und 88741“

- „Leistungen, die bei nachgewiesener Infektion mit der Neuen Grippe mit den Symbolnummern 88200F, 88200T und 88200E gekennzeichnet wurden“
- „Sachkostenpauschale LDL-Apherese und bei isolierter Lipoproteinerhöhung nach den Nrn. 90020, 90021, 90020A, 90021A, 13622, 13622I“
- „Immun-Apherese bei rheumatoider Arthritis nach der Nr. 90022“
- „Dialyse St. Antonius Hospital bzw. Patientenheimversorgung Bad Homburg nach den Nrn. 90110, 90110E, 90123E – 90126E, 90128E - 90136E, 90140E – 0155E“
- „Kostenpauschale Dialyse 40800-40808, 40810 40813, 40820-40822“
- „Pauschalerstattung für Leistung der Positronen-Emission-Tomographie (88738)“

### XII. Die Anlage B4 erhält in den Schritten 1, 2 und 5 folgende Fassung; im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen fort:

#### „Schritt 1 Bestimmung des Vergütungsvolumens für die Bildung der RLV

Das RLV wird quartalsweise ermittelt auf der Grundlage der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das entsprechende Quartal im Jahr 2010

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V
- unter Abzug der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe des § 8
- unter Abzug der Vergütung für ambulante Notfalleleistungen der Krankenhäuser im entsprechenden Quartal im Jahr 2009
- unter Abzug der Vergütung für Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM im entsprechenden Quartal im Jahr 2009.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird als RLV-Vergütungsvolumen ( $RLV_{VG}$ ) verwendet.

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

##### 1) vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich ( $VRLV_{VB}$ )

Zunächst wird das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 2, Nr. 1 berechnet.

Danach wird zzgl. der Entwicklung in 2008 das Vergütungsvolumen 2007 ohne die Vergütung für psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe des § 8 multipliziert mit dem Faktor für  $EBM_{2008}$  - Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs ( $VG_{VB}$ ) ermittelt.

Das sich ergebende Vergütungsvolumen wird dividiert durch das Vergütungsvolumen 2007 zzgl. der Entwicklung in 2008 ohne die psychotherapeutischen Leistungen nach Maßgabe des § 8 multipliziert mit dem Faktor für  $EBM_{2008}$  - Anpassungen aller Arztgruppen multipliziert mit dem sich aus Schritt 1 ergebenden RLV – Vergütungsvolumen.

Dadurch ergibt sich das vorläufige RLV je Versorgungsbereich.

### 2) RLV-Vergütungsvolumen für den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich (RLV<sub>VB</sub>)

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, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092 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) 2% 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, Abschnitt I., Anlage 2 Nr. 2,
- (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- (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 entsprechenden Quartals aus dem Jahre 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)
  - Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM
  - Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten
  - Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 EBM
  - Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen, mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Bereich – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, - der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,
- (8) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
  - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2g) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
  - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
  - Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
  - Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
  - Onkologie-Vereinbarung
- (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) mit der Maßgabe, dass auch hier auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 jeweils der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als eigenständiges Kontingent geführt wird.

Dadurch ergibt sich das Regelleistungsvolumina-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 gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 1 Nr. 6 mit den jeweils benannten arztgruppenspezifischen Beträgen
- (2) 2% 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, Abschnitt I., Anlage 2 Nr. 2,
- (4) die zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
- (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 B3 zu diesem HVV genannte Arztgruppen mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Arztgruppe der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,
- (8) die Vergütungen des entsprechenden Quartals aus dem Jahre 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, 27323 EBM))
- Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 EBM,
- Bronchoskopie (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670 EBM)
- Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222 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
- 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
- Leistungen des Abschnitts 5.3 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V (Anlage B2) erbracht wurden
- Sonographie nach den Nrn. 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Chirotherapie nach den GOPen des Abschnitts 30.2 EBM durch die Fachärzte für Orthopädie
- Psychosomatik nach den Nrn. 35100 und 35110 EBM
- Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den Nrn. 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings
- Leistungen auf Überweisungsfällen zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen  
mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 vom 22.09.2009 je Bereich – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst, der Excision nach den Nrn. 10343 und 10344 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, – der Leistungsbedarf des entsprechenden Quartals des Jahres 2008 mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,
- (9) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende Vereinbarungen:
  - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2g) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)

- Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- Leistungen nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM
- Onkologie-Vereinbarung

Dadurch ergibt sich das Regelleistungsvolumina-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., 73b, 73c und 140 ff. SGB V Bereinigungen der Gesamtvergütungen erfolgen, sind diese in der entsprechenden Höhe auf die beteiligten Versorgungsbereiche zu beziehen.

### Schritt 5 Berechnung des arzt- und praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen

Die Höhe des RLV eines Arztes einer der in Anlage B3 zu diesem HVV benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden RLV-Fall wie folgt gemindert:

- um 25% für RLV-Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50% für RLV-Fälle über 170% bis 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75% für RLV-Fälle über 200% der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe.

Bei angestellten Ärzten i.S.d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V wird bei dem anstellenden Arzt für die Berechnung des RLV die durchschnittliche RLV-Fallzahl der Arztgruppe vor Abstaffelung verdoppelt, sofern der Angestellte vollzeitig tätig ist; ansonsten nach dem Umfang seiner Beschäftigung.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Faktor multipliziert.

Der Faktor errechnet sich dadurch, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe in den Altersklassen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr, ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr und ab Beginn des 60. Lebensjahres ebenso ermittelt wird wie der durchschnittliche Leistungsbedarf der Arztgruppe für alle Versicherten. Die RLV-Fallzahl des Arztes wird nach den Altersklassen differenziert und multipliziert mit der Division des durchschnittlichen Leistungsbedarfs der Arztgruppe je Altersklasse durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf der Arztgruppe insgesamt. Aus der Multiplikation des bisher ermittelten RLV je Arzt mit dem morbiditätsbezogenen Faktor ergibt sich das RLV je Arzt im entsprechenden Abrechnungsquartal.

Das praxisbezogene RLV ergibt sich aus der Addition der RLV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind sowie der entsprechenden Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten.“

### Anlage

#### Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 02.11.2009

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

BKK Landesverband NRW  
gez. Jörg Hoffmann  
Vorsitzender des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
gez. Heimo-Jürgen Döge  
Hauptgeschäftsführer

Verband der Ersatzkassen e. V.  
gez. Andreas Hustadt  
Leiter der Landesvertretung NRW

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

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

Knappschaft  
gez. Dr. Georg Greve  
Erster Direktor