

### Dritter 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 (TK)**  
der **Deutschen Angestellten Krankenkasse (Ersatzkasse)**  
der **- KKH - Allianz (Ersatzkasse)**  
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 (Erweiterten) Bewertungsausschusses vom 17.10. und 23.10.2008, 15.01. 27.02., 17.03. und 20.04.2009, 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, den Teil B aufgrund der Weiterentwicklung der Beschlüsse des Bewertungs- bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie erforderlicher Klarstellungen 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. 2 c) wird nach den sog. Verrechnungsstellen die Formulierung „soweit nicht ausdrücklich gesetzlich vorgesehen“ eingefügt und die Formulierung „Die Einschaltung Dritter ist soweit und solange unzulässig wie eine gesetzliche Grundlage fehlt, von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die erforderliche Einwilligung zur Datenweitergabe verlangen zu dürfen und die in § 73 Abs. 1b SGB V zum Ausdruck gelangte informationelle Selbstbestimmung zu beachten ist. Letztere schließt es aus, entsprechende Erklärungen bei der Behandlung zu verlangen oder – wegen der Gefahr einer Beeinflussung – auf freiwilliger Basis anzuregen und entgegenzunehmen“ ersatzlos gestrichen.

II In § 1 Abs. 8 d) wird der Buchstabe „f)“ hinter der Angabe § 7 Abs. 2 durch „g)“ ersetzt.

III. In § 3 wird folgender dritter Unterabsatz eingefügt:

„Zudem werden auf Basis der Beschlussfassung Teil B vom 20.04.2009 Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechend den nachfolgenden Regelungen einer Steuerung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Kontingentierung zu Abstrichen an der Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.“

- IV. In § 5 Abs. 3 a) sowie Abs. 4 a) wird die Formulierung „und in dem entsprechenden Umfang abgerechnet“ gestrichen.
- V. Der § 6 Abs. 5 zur Regelung der Konvergenzphase wird ersatzlos gestrichen.
- VI. 1) In § 7 Abs. 2 a) wird die Formulierung „sowie der Arztgruppen, denen ein RLV nicht zugewiesen wird,“ gestrichen und
- 2) ein neuer Abs. 2. b) mit folgender Fassung eingefügt:
- „Die Vergütung von Leistungen der Arztgruppen, denen ein RLV nicht zugewiesen wird, erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit einem Punktwert von 3,5001 Cent, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2b) Nr. (7) gebildeten eigenständigen Kontingenten je Arztgruppe überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge – 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, abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2b) Nr. (7) gebildeten eigenständigen Kontingente je Arztgruppe durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegt.“
- 3) Zu dem wird § 7 Abs. 2 d) nach der Angabe von 3,5001 Cent um folgende Formulierung ergänzt:
- „es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) bzw. Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingenten überschritten wird. In diesem Fall werden diese Leistungen abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich je Kontingent rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser jeweilige Punktwert errechnet sich durch Division der nach Anlage B4 Schritt 2 Abs. 2a) Nrn. (7) und (9) sowie Abs. 2b) Nr. (8) gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals.“
- VII. In § 8 Abs. 1, 2. Unterabsatz wird durch Einfügen des nachstehenden Begriffes geregelt, dass die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen „quartalsweise“ gebildet werden.
- VIII. In § 14 wird das Inkrafttreten zum „01.10.2009“ vereinbart und die Formulierung „§ 6 Abs. 5 gilt bis zum 30.09.2009“ ersatzlos gestrichen.
- IX. In der Anlage B2 wird der Spiegelstrich Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen um die „BKK Dräger und Hanse“ ergänzt.
- Zudem wird der Spiegelstrich „Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (GEK)“ neu aufgenommen und der Spiegelstrich Wegepauschale und Wegegelder Primär- und Ersatzkassen um den Verweis auf „(§ 10)“ ergänzt.
- X. In der Anlage B3 ist die Arztgruppe der Fachärzte für Augenheilkunde differenziert in Fachärzte für Augenheilkunde „mit Abrechnung der Fluoreszenzangiographie und Fachärzte für Augenheilkunde“ ohne Abrechnung der Fluoreszenzangiographie.
- XI. Die Anlage B4 wird in Schritt 2 wie folgt gefasst:
- Schritt 2 Berechnung des (vorläufigen) RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich**
- 1) vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich (VRLV<sub>VB</sub>)**
- Zunächst wird das vorläufige RLV-Vergütungsvolumen je Versorgungsbereich nach Beschluss Teil F, 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<sub>2008</sub>-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs (VG<sub>VB</sub>) 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<sub>2008</sub>-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 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 Transplantationssträgern (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)
  - 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 B vom 20.04.2009 je Bereich – mit Ausnahme der Leistungen im organisierten Notfalldienst und der Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unterliegen, – der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zzgl. 5 % hiervon mit dem Punktwert von 3,5001 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,**
- (8) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende regionale Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7 Abs. 2f) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)
  - 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 31.12.2009 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) **mit der Maßgabe, dass auch hier auf Basis der Beschlussfassung Teil B vom 20.04.2009 jeweils der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zzgl. 5 % hiervon mit dem Punktwert von 3,5001 Cent bewertet und als eigenständiges Kontingent geführt wird.**
- 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 gemäß Beschluss Teil F 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 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 B vom 20.04.2009 je Arztgruppe der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zzgl. 5 % hiervon mit dem Punktwert von 3,5001 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,**
- (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, 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 34.7 EBM
- Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der in Anlage B2 benannten Kostenpauschalen
- Leistungen 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)
- Sonographie nach den Nrn. 33060, 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
- **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
- mit der Maßgabe, dass auf Basis der Beschlussfassung Teil B vom 20.04.2009 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 Vorjahresquartals zzgl. 5 % hiervon mit dem Punktwert von 3,5001 Cent bewertet und als jeweils eigenständiges Kontingent geführt wird,**
- (9) die zu erwartenden Zahlungen für u.a. folgende regionale Vereinbarungen:
  - belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM nach Maßgabe der Regelung in § 7

Abs. 2f) sowie Nr. 40170 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 1 Abs. 8c)

- 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 31.12.2009 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.

- XII. In Anlage B4 Schritt 4 wird zu Beginn das Wort „Für“ gestrichen und nach dem ersten Unterabsatz folgender Text eingefügt: „Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird die Anzahl der kurativ-ambulanten Arztfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals ( $FZ_{AG}$ ) ermittelt. Das  $RLV_{AG}$  wird dividiert durch die  $FZ_{AG}$  und ergibt den arztgruppenspezifischen Fallwert ( $FW_{AG}$ ).“

Düsseldorf, den 10.09.2009

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. Dr. Georg Greve  
Erster Direktor

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