

### 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 (Kapital 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 I/2009; für nachfolgende Quartale werden erneut Kapazitätsgrenzen zugeordnet.

Fachgruppe	Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen* (Minuten) 1/2009
Psychologische Psychotherapeuten	30.703
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	30.301
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.549
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte	30.584

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

### 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. 3, 51429 Bergisch Gladbach**

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

**der Knappschaft  
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum**

den Ersatzkassen

**Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal  
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg  
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover  
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd  
HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg  
Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener),  
Hamburg  
hkk, Bremen**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis  
gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg (VdAK),  
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW**

### über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2009

#### § 1 Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.

### § 2

#### Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2009 abschließend auf den Betrag von

**3.127.985.454,28 EUR**

festgelegt.

### § 3

#### Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung obliegt der von den Vertragspartnern gebildeten und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 sowie zur Erreichung der nach § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele vor.
- (2) Zu den nach Absatz 1 genannten Maßnahmen zählen insbesondere die Information der Vertragsärzte über den Ausschöpfungsgrad des nach § 2 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie die Information der Vertragsärzte über den Zielerreichungsgrad bzw. die Zielabweichung entsprechend der in § 4 vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.

### § 4

#### Zielvereinbarung

- (1) Um eine nach gemeinsamer Beurteilung qualifizierte und wirtschaftliche Arznei- und Verbandmittelversorgung im Kalenderjahr 2009 zu erreichen, verweisen die Vereinbarungspartner u.a. auf die zur Weiterentwicklung des Arzneimittelvolumens durchgeführte Arzneimittelstudie 2002 und die dort aufgezeigten Einsparpotentiale, insbesondere im Bereich der in Absatz 2 genannten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele sowie auf die Rahmenempfehlungen nach § 84 Abs. 7 SGB V (Arzneimittel) des GKV-Spitzenverband und der Kassenärztliche Bundesvereinigung für das Jahr 2009 vom 30.09.2008.
- (2) Die Vereinbarungspartner legen die nachfolgenden arztbezogenen individuellen Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele fest:

#### Generika

Erreichung oder Überschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Versorgungsanteils (Zielwert) des Brutto-Generikaumsatzes am generikafähigen Markt für das Kalenderjahr 2009 gemäß nachfolgender Tabelle. Gleichzeitig sollen nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt und dabei von Krankenkassen geschlossene Rabattverträge mit Generika-Anbietern berücksichtigt werden.

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes Brutto-Generikaumsatz am generikafähigen Markt*
Allgemeinmediziner	80,0 %
Anaesthesisten	76,8 %
Augenärzte	80,4 %
Chirurgen	70,5 %
Gynäkologen	80,8 %
HNO-Ärzte	87,9 %
Hautärzte	76,1 %
Internisten	80,0 %
Kinderärzte	79,3 %
Nervenärzte	73,1 %
Orthopäden	81,2 %
Urologen	80,7 %

\*Quelle: GAmSi-Arzt

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

#### Me-Too-Präparate

Einhaltung oder Unterschreitung des durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachten arztgruppenbezogenen Versorgungsanteils (Zielwert) des Bruttoumsatzes der Me-Too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten, am Gesamtmarkt für das Kalenderjahr gemäß nachfolgender Tabelle:

Arztgruppe	prozentualer Zielwert des jeweiligen der Arztgruppe zuzurechnenden Vertragsarztes Bruttoumsatz Me-Too-Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen, aber mit höheren Kosten am Gesamtmarkt*
Allgemeinmediziner	6,9 %
Augenärzte	3,7 %
Gynäkologen	1,9 %
HNO-Ärzte	5,4 %
Hautärzte	3,9 %
Internisten	6,9 %
Kinderärzte	1,0 %
Nervenärzte	9,9 %
Urologen	5,4 %

\*Quelle: GAmSi-Arzt / Neuberechnung

Soweit sonstige Arztgruppen ihr Richtgrößenvolumen - auch unterjährig - überschreiten, werden mit den hiervon betroffenen Vertragsärzten individuelle, ggf. von den in § 4 Abs. 2 genannten Zielfeldern abweichende Zielwerte vereinbart.

### DDD-Quotenziele

Erreichung oder Überschreitung einer Mindestquote auf Basis der definierten Tagesdosen (DDD) in den nachfolgend genannten Indikationsgebieten:

- |                                                      |                 |
|------------------------------------------------------|-----------------|
| a) Antibiotika                                       |                 |
| Anteil Generika                                      | mindestens 95 % |
| b) Mittel des Renin-Angiotensin-Systems              |                 |
| Anteil ACE-Hemmer                                    | mindestens 80 % |
| c) Mittel zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen |                 |
| Anteil Statine                                       | mindestens 94 % |
| d) Orale Antidiabetika                               |                 |
| Anteil Metformin oder Sulfonylharnstoffpräparate     | mindestens 90 % |
| e) Erythropoetin                                     |                 |
| Anteil Biosimilars                                   | mindestens 25 % |

Die Vereinbarungspartner stimmen darüber überein, dass insbesondere im Bereich der individuell anerkannten Praxisbesonderheiten die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele von großer Bedeutung sind und insofern im Rahmen der Prüfungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise Berücksichtigung finden.

### § 5

#### Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen verpflichten sich
  - zur Unterrichtung der Versicherten über den Abschluss dieser Vereinbarung und Ergreifung von Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz der in dieser Vereinbarung formulierten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele
  - zur Unterstützung des Arztes im Einzelfall bei Umstellung auf eine wirtschaftlichere Verordnungsweise durch Information und Beratung der Versicherten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewirkt werden, dass über die Inhalte dieser Vereinbarung informierte Mitarbeiter der einzelnen Krankenkassen geschlossen mit den Vertragsärzten gegenüber den Versicherten auftreten
  - auf die Einhaltung des § 115 c SGB V (Wirkstoffangabe bei Entlassungsverordnungen) durch die Krankenhäuser hinzuwirken. Dies ist ggf. im Rahmen der Vertragsgestaltungen mit den Krankenhäusern und/oder aufgrund von Hinweisen der KV Nordrhein im Einzelfall durch geeignete Intervention sicherzustellen
  - zur Erstellung einer Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten.
- (2) Die KV Nordrhein verpflichtet sich zur
  - Unterrichtung der Vertragsärzte über den Abschluss und die Bedeutung dieser Vereinbarung sowie die Notwendigkeit der Veränderung des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte in Nordrhein
  - quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten (GAM-Si) an die Vertragsärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise

- quartalsweisen Weiterleitung einer zeitnahen arztindividuellen Auswertung der Quoten nach § 4 Abs. 2
- Weiterleitung der durch die gemeinsame Arbeitsgruppe (§ 3) vorgeschlagenen Maßnahmen und Informationen sowie der Markt- und Preisübersicht zur wirtschaftlichen Verordnung von Blutzuckerteststreifen und -testgeräten an die Vertragsärzte
- gezielten Information an Vertragsärzte über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen durch nicht medikamentöse Maßnahmen oder andere Arzneimittel
- Information der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. der Ersatzkassen über Krankenhäuser, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 115 c SGB V nicht nachkommen, soweit die KV Nordrhein hierüber Kenntnis erlangt.

Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen beauftragen die „Zentrale Stelle Pharmakotherapie“ mit der Arzneimittelberatung der nordrheinischen Vertragsärzte insbesondere in Bezug auf

- den Umgang mit Spezialpräparaten hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und strenger Indikationsstellung – auch unter Einbeziehung externen Sachverständigen –
- wirkstoffbezogene Verordnungsmengen bei Standardtherapien sowie Qualitätsindikatoren in der Therapie (z.B. Anteil suchtfördernder Arzneimittel, Anteil nicht geeigneter Arzneimittel für ältere Menschen)
- den wirtschaftlichen und indikationsgerechten Umgang mit den § 4 Abs. 2 genannten Arzneimitteln bzw. Wirkstoffgruppen.

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, dass Vertragsärzte, die die genannten Aufgreifkriterien für eine Pharmakotherapieberatung erfüllen, ein verpflichtendes Beratungsgespräch erhalten. Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Verbände und die Ersatzkassen stellen einen gemeinsamen Prüfantrag, sofern erkennbar ist, dass die festgelegten Beratungsziele nicht erreicht werden. Dies gilt auch für Vertragsärzte, die ein Beratungsgespräch verweigern.

### § 6

#### Bewertung, Zielerreichungsanalyse

Die Vereinbarungspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 2 eingehalten und die Ziele nach § 4 erreicht wurden. Gleichzeitig prüfen die Vereinbarungspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die künftige Arzneimittel-ausgabensteuerung und Arzneimittelversorgung zu ziehen sind.

### § 7

#### Bonuszahlung bei Unterschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens

Wird aufgrund des Ergebnisses der arztbezogenen Erfassung der Arzneimittelausgaben nach § 84 Abs. 5 SGB V der KV Nordrhein für das Kalenderjahr 2009 das vereinbarte Ausgabenvolumen 2009 – auch unter Beachtung exogener Faktoren – um

mindestens 1,2 % unterschritten, erhält die KV Nordrhein für Strukturmaßnahmen einschließlich Bonuszahlungen an wirtschaftlich verordnende Vertragsärzte eine Sonderzahlung von den Krankenkassen in Höhe von 40 Prozent eines Unterschreitungsbeitrages, der sich aus der Differenz des um 1,2 % abgesenkten Ausgabenvolumens 2009 und dem Ergebnis der arztbezogenen Erfassung nach § 84 Abs. 5 SGB V der KV Nordrhein für das Kalenderjahr 2009 ergibt. Die Bonuszahlung ist auf einen Betrag von 8 Mio. Euro begrenzt.

Die Zahlungsmodalitäten werden gesondert geregelt.

### § 8 Folgen der Einhaltung aller Zielwerte

- (1) Hält ein Vertragsarzt sowohl die Generikaquote als auch die Me-too-Quote ein und werden von ihm auch sämtliche, ihn betreffende DDD-Quotenziele erfüllt, so gilt er hinsichtlich seines Ordnungsverhaltens weder als auffällig, noch wird von einem normabweichenden Verhalten ausgegangen, so dass insofern eine Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich nicht mehr durchgeführt wird. § 106 SGB V, insbesondere die Regelung in Absatz 2 S. 7, bleibt unberührt.
- (2) Ausnahmsweise wird eine Prüfung dann durchgeführt, wenn begründete Zweifel bestehen, dass durch die Einhaltung der Zielwerte die Wirtschaftlichkeit als belegt angesehen werden kann.

### § 9 Maßnahmen bei Nichteinhaltung des Richtgrößenvolumens und der Zielvereinbarung

- (1) Die individuelle Verantwortlichkeit des einzelnen Vertragsarztes tritt ein, wenn
  - der einzelne Vertragsarzt sein für das Kalenderjahr 2009 maßgebliches Richtgrößenvolumen überschritten hat und
  - der einzelne Vertragsarzt den nach § 4 vereinbarten Zielwert für Me-Too-Präparate und ein weiteres DDD-Quotenziel nicht erreicht hat oder
  - der einzelne Vertragsarzt einer Fachgruppe, für die kein nach § 4 vereinbarter Zielwert für Me-Too-Präparate festgelegt wurde, ein DDD-Quotenziel nicht erreicht hat.
- (2) Im Falle des Absatzes 1 erhalten die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen gegenüber den einzelnen Vertragsärzten jeweils einen Zielerreichungsbeitrag in Höhe von bis zu fünf Prozent des für das Kalenderjahr 2009 für den jeweiligen Vertragsarzt anerkannten GKV-Gesamthonorars. Über die Aufteilung verständigen sich die Vertragspartner.

### § 10 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vertragspartner in einem solchen

Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegenkommt.

- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2009 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2010 angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Vereinbarungspartner stimmen überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach §116 b SGB V pauschal mit einem Betrag in Höhe von 44.642.989,36 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2009 nicht erreicht, so wird die Differenz aus dem o.g. Betrag und dem tatsächlich ermittelten Ausgabenbetrag für die Höhe des Ausgabenvolumens 2009 für Arznei- und Verbandmittel berücksichtigt. Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen weisen die Kosten nach Satz 1 gesondert aus.

### § 11 Laufzeit, Anschlussvereinbarung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2009. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2009 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster, Bochum, den 01.10.2008

Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Dr. Leonhard Hansen  
Vorstandsvorsitzender

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

BKK Landesverband  
Nordrhein-Westfalen  
Jörg Hoffmann  
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein  
Dr. Brigitte Wutschel-Monka  
Vorsitzende des Vorstandes

Knappschaft  
Rolf Stadié  
Direktor

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Nordrhein-Westfalen  
Heimo-Jürgen Döge  
Hauptgeschäftsführer

Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.  
Siegfried Niggemann  
Leiter der Landesvertretung NRW  
i. V. Dirk Ruiss