

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK Landesverband NORD,

zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,

der Innungskrankenkasse Hamburg,

der Knappschaft,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg

- Barmer Ersatzkasse,
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
- Techniker Krankenkasse,
- KKH-Allianz
- Gmünder ErsatzKasse (GEK),
- HEK - Hanseatische Krankenkasse,
- Hamburg Münchener Krankenkasse,
- hkk,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter in der vdek-Landesvertretung Hamburg

wird nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 87b SGB V folgender

2. Nachtrag zum

Verteilungsmaßstab (VM)

vom 26.11.2008 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 20. März 2009

mit Wirkung ab dem 01. Juli 2009

geschlossen:

1. In § 1 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für Abrechnungsfähigkeit von Leistungen im Zusammenhang mit ärztlich angeordneten Hilfeleistungen anderer Personen nach §§ 28 Abs.1 Satz 2, 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V gelten §15 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 14 Abs.1 des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) jeweils in Verbindung mit Anlage 8.“

2. In Anlage A Kapitel I § 5 Abs. 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Arztbezogene RLV derselben Gemeinschaftspraxis, desselben MVZ sowie derselben Praxis mit angestellten Ärzten angehöriger Ärzte können vollumfänglich miteinander verrechnet werden.“

3. In Anlage A Kapitel I § 5 Abs. 4 wird ein Satz 2 angefügt:

„Das durchschnittliche RLV ergibt sich hierbei aus der Multiplikation der durchschnittlichen Fallzahl und dem durchschnittlichen Fallwert.“

4. Anlage A Kapitel I § 5 Abs. 5 wird Abs. 6.

5. Anlage A Kapitel I § 5 wird ein Abs. 5 wie folgt neu eingefügt:

„Ärzte, die nach den hierfür geltenden Vorschriften über eine in der Leistung begrenzte Zulassung verfügen (vinkulierte Zulassung), bzw. entsprechend angestellte Ärzte, erhalten kein RLV.“

6. Anlage A Kapitel I § 6 Abs. 2 1. Halbsatz erhält die folgende Fassung:

„Für RLV relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV,“

7. In Anlage A Kapitel I § 6 Abs. 2 werden Sätze 2 bis 6 angefügt:

„Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß § 5 dieser Anlage A ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1.
- b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl der Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis.“

8. In Anlage A Kapitel I § 7 Abs. 3 wird in den Nrn. 4 bis 7 die Beschreibung des Leistungsbereiches durch die betreffenden GOPs wie folgt ersetzt:

“ Nr. 4 GOP: 17310 - 17361, 17371 - 17373
Nr. 5 GOP: 34410 - 34460
Nr. 6 GOP: 34310 - 34360
Nr. 7 GOP: 34502 “

9. In Anlage A Kapitel I § 7 Abs. 3 wird in Buchstabe b)

- **in Satz 1 hinter** `...des Jahres 2008 mit` „der Summe des Anteils“ **gestrichen,**
- „dem Anteil“ **eingefügt,**
- „für die Arztgruppe der Radiologen“ **gestrichen**
- **Satz 2 gestrichen.**

10. In Anlage A Kapitel I § 8 wird Abs. 2 wie folgt gefasst:

„Absatz 1 gilt nicht im Falle einer Neuzulassung, die auf einer Übernahme einer bzgl. der RLV-Fallzahl überdurchschnittlichen Praxis beruht. In diesen Fällen ist das RLV auf Grundlage der bisherigen RLV-Fallzahl des Vorgängers aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zu ermitteln.“

11. In Anlage A Kapitel I § 8 wird Abs. 3 wie folgt gefasst:

„Eine Steigerung der RLV nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhalten auch Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2005 neu zugelassen wurden (Ärzte in der Anfangsphase) und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte, wenn sie in Relation zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe mehr Fälle versorgen.“

12. In Anlage A Kapitel I § 8 wird ein Abs. 4 angefügt:

„In Fällen der Umwandlung von ärztlicher Berufsausübung in Kooperationsformen gilt § 6 Abs. 2 entsprechend.“

13. In Anlage A Kapitel I § 10 wird

hinter `...informiert` „unter Beachtung der hierzu ergangenen Beschlüsse des EBA gemäß Anlage D zu diesem VM“ **eingefügt.**

14. In Anlage A Kapitel II Teil A § 1 Abs. 2 wird jeweils hinter

`...2007` „in Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ **eingefügt.**

15. In Anlage A Kapitel II Teil B § 2 wird jeweils hinter

„... zzgl. EBM 2008-Anpassungen“ ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gem. nachfolgender Tabelle“ **eingefügt**.

16. In Anlage A Kapitel II Teil B § 2 wird am Ende die folgende Tabelle eingefügt:

„Anpassungsfaktoren EBM 2009“

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (GOP 04350 bis 04354) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1,0298

17. In Anlage A Kapitel II Teil B § 3 wird

„kurativ-ambulanten Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt**.

18. In Anlage A Kapitel II Teil B § 4 Abs. 1 wird

„kurativ-ambulanter Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt**.

19. In Anlage A Kapitel II Teil B § 4 Abs. 2 wird jeweils

„Fallzahl“ **durch** „RLV-Fallzahl“ **und** „Fälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt**.

20. In Anlage A Kapitel II Teil B § 5 wird jeweils

„Fall“ **bzw.** „Fälle“ **durch** „RLV-Fall“ **bzw.** „RLV-Fälle“ **und** „Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt**.

21. In Anlage A Kapitel II Teil B § 6 Abs. 2 wird

„kurativ-ambulanten Arztfallzahl“ **durch** „RLV-Fallzahl“ **ersetzt**.

22. In Anlage A Kapitel II Teil B § 6 Abs. 5 wird hinter

„...Vertragsärzte“ „, Ärzte in der Anfangsphase und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte,“ **eingefügt und** „kurativ-ambulanten Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt**.

23. In Anlage A Kapitel II Teil B § 7 Abs. 1 wird jeweils

„Arztfälle“ **bzw.** „Arztfällen“ **durch** „RLV-Fälle“ **bzw.** „RLV-Fällen“ **ersetzt.**

24. In Anlage A Kapitel II Teil B § 7 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Mit Wirkung vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2009 wird

- a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Berufsgruppe ein Aufschlag in Höhe von 10 % berechnet

- b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte ein Aufschlag von 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkte, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens ein Aufschlag von 40 % berechnet.“

25. In Anlage A Kapitel II Teil C § 2 jeweils hinter

„...zzgl. EBM 2008-Anpassungen“ ggf. unter Berücksichtigung der EBM-Anpassungsfaktoren gem. nachfolgender Tabelle“ **eingefügt.**

26. In Anlage A Kapitel II Teil C § 2 wird am Ende die folgende Tabelle eingefügt:

„Anpassungsfaktoren EBM 2009“

Sachverhalt	Arztgruppe	Anpassungsfaktor
Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte (GOP 21213 bis 21215)	Fachärzte für Nervenheilkunde	1,1594

27. In Anlage A Kapitel II Teil C § 3 wird

„kurativ-ambulanter Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt.**

28. In Anlage A Kapitel II Teil C § 4 Abs. 1 wird

„kurativ-ambulanter Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt.**

29. In Anlage A Kapitel II Teil C § 4 Abs. 2 wird jeweils

„Fallzahl“ durch „RLV-Fallzahl“ und
„Fall“ bzw. „Fälle“ durch „RLV-Fall“ bzw. „RLV-Fälle“ ersetzt.

30. In Anlage A Kapitel II Teil C § 5 wird jeweils

„Fall“ bzw. „Fälle“ durch „RLV-Fall“ bzw. „RLV-Fälle“ und
„Arztfälle“ durch „RLV-Fälle“ ersetzt.

31. In Anlage A Kapitel II Teil C § 6 Abs. 1 Satz 2 wird

„kurativ-ambulanten Arztfallzahl“ durch „RLV-Fälle“ ersetzt.

32. In Anlage A Kapitel II Teil C § 6 Abs. 1 wird die Tabelle wie folgt neu gefasst:

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Betrag in EUR
1	Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurologie	34210 bis 34282	6,10
2	Fachärzte für Frauenheilkunde		3,90
3	Fachärzte für HNO		0,80
4	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören		3,80
5	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie		2,10
6	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie		1,30
7	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie		4,70
8	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie		5,40
9	Fachärzte Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie		2,30
10	Fachärzte für Neurochirurgie		4,70
11	Fachärzte für Orthopädie, FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie		7,20
12	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin		6,60
13	Fachärzte für Urologie		3,30
14	Sonstige Fachgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebietes gehören		5,30

33. In Anlage A Kapitel II Teil C § 6 Abs. 3 wird

hinter `...Vertragsärzte` „, Ärzte in der Anfangsphase und Vertragsärzte, deren Zulassung im Basisquartal ruhte,“ **eingefügt und** „kurativ-ambulante Arztfälle“ **durch** „RLV-Fälle“ **ersetzt.**

34. In Anlage A Kapitel II Teil C § 7 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Mit Wirkung vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2009 wird

- c) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Berufsgruppe ein Aufschlag in Höhe von 10 % berechnet
- d) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte ein Aufschlag von 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkte, für jede weitere Arztgruppe bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch insgesamt höchstens ein Aufschlag von 40 % berechnet.“

35. In Anlage B werden in § 1 die folgenden Nrn. neu gefasst:

- 4 „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören“
- 5 „Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Pneumologie, die dem fachärztlichem Versorgungsbereich angehören“
- 38 „Ausschließlich bzw. weit überwiegend schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der Präambel 30.7 Nr. 6 EBM“

36. In Anlage C § 1 Nr. 2 wird:

„3%“ **durch** „2%“ **ersetzt.**

37. In Anlage C § 1 wird Nr. 6 neu gefasst:

„ der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,“

**38. In Anlage C § 1 Nr. 7 werden die Spiegelstriche durch Buchstaben ersetzt.
Nachfolgend wird hinter c.) ein neu gefasster Aufzählungspunkt d.) eingefügt:**

„ d.) Nephrologische Leistungen des Abschnitts 4.5.4,“

39. In Anlage C § 1 Nr. 7 wird in (jetzt) e.):

hinter `...ausschließlich` „ bzw. weit überwiegend“ **eingefügt.**

40. In Anlage C § 2 Nr. 2 wird

„3%“ **durch** „2%“ **ersetzt.**

41. In Anlage C § 2 Nr. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„ der zu erwartenden Zahlungen für den Aufschlag bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,“

**42. In Anlage C § 2 Nr. 8 werden die Spiegelstriche durch Buchstaben ersetzt.
Nachfolgend werden hinter f.) die neu gefassten Aufzählungspunkte
g.), h.), i.) und j.) eingefügt:**

„ g.) Leistungen des Abschnitts 5.3, “

„ h.) Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6, “

„ i.) Bronchoskopien (GOP 09315, 09316, 13662 bis 13670), “

„ j.) Gesprächs- und Betreuungsleistungen (GOP 14220, 14222, 21216, 21220, 21222), “

43. In Anlage C § 2 Nr. 8 wird in d.)

hinter `...ausschließlich` „ bzw. weit überwiegend“ **eingefügt.**

44. Anlage D erhält die nachfolgend angefügte Fassung.

Hamburg, den 09.06.2009

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

Anlage D

zum VM

- Maßgebliche Vorschriften -

Nr.	Vorschrift	§§
1	Der jeweils gültige Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)	§ 87 Abs. 1 SGB V
2	Die jeweils gültige regionale Euro-Gebührenordnung	§ 87 a Abs. 2 i.V.m. § 87 c Abs. 3 SGB V
3	Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses <ul style="list-style-type: none">• 164. Sitzung vom 17. Oktober 2008• 168. Sitzung vom 25. November 2008• 170. Sitzung vom 17. Dezember 2008• 175. Sitzung vom 27. Februar 2009• 180. Sitzung vom 20. April 2009• 183. Sitzung vom 30. April 2009	§ 85, § 87, §§ 87a bis c SGB V und § 87 Abs. 4 SGB V
4	Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses <ul style="list-style-type: none">• 7. Sitzung vom 27. und 28. August 2008• 8. Sitzung vom 23. Oktober 2008• 9. Sitzung vom 15. Januar 2009• 10. Sitzung vom 27. Februar 2009• 11. Sitzung vom 17. März 2009	§ 85, § 87, §§ 87a bis c SGB V und § 87 Abs. 4 SGB V
5	Die Bestimmungen der Verträge mit den Kostenträgern bzw. deren Verbänden	

Diese Anlage D beinhaltet jeweils den Stand der Veröffentlichungen bis zum Unterschriftdatum des Vertrages bzw. seiner Nachträge.