

Anlage 1

zum Gesamtvertrag vom 11. August 1998

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung
Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg
- vertreten durch den Vorstand -

und

der Knappschaft Bochum
Königsallee 175, 44799 Bochum,
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

gültig für den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2006

Für die Zeit vom 1. Januar 2006 bis 31.12.2006 wird die vertragsärztliche Gesamtvergütung nach folgenden Grundsätzen berechnet:

1. Vergütung nach Kopfpauschalen

- 1.1 Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung ohne Anteile für Leistungen nach Ziffer 2. wird nach Kopfpauschalen je Quartal, getrennt nach Allgemeinversicherten und Versicherten der Rentnerkrankenversicherung, ermittelt.
- 1.2 Grundlage für die Ermittlung der budgetierten Gesamtvergütung des Jahres 2006 bilden die korrigierten Kopfpauschalen der Quartale 1/05 bis 4/05 und die nach dem amtlichen Vordruck KM 1 von der Knappschaft gemeldeten Mitgliederzahlen.
- 1.3 Die Ausgangskopfpauschalen nach Nr. 1.1 werden
 - nach § 85 Abs. 3 d SGB V abgesenkt um 0,2 %,
 - erhöht um die vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegebene Steigerungsrate für das Bundesgebiet-West in Höhe von 0,83 %.
 - bereinigt um den Anteil der Vergütung der MRT-Angiographie nach der Bundesempfehlung, gültig ab 01.07.2005,
 - bereinigt um die Vergütung der Sachkostenpauschalen (Kapitel 40 EBM) analog der Bundesempfehlung, gültig ab 01.04.2005.
- 1.4 Für laufende Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetz (§ 264 Abs. 2 bis 7 SGB V) für nicht GKV-versicherte Sozialhilfeempfänger und Empfänger gelten die Kopfpauschalen für die Knappschaft nach Ziffer 1. und die Einzelleistungsvergütungen nach Ziffer 2. Die Anzahl der vorgenannten Personen wird von der Knappschaft über die KBV zur Verfügung gestellt.
- 1.5 Für die Berechnung der Gesamtvergütung gilt Anhang 1; für die Berechnung der Kopfpauschalen gilt Anhang 2.

- 1.6 Mitglieder, die zulässiger Weise die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben, bleiben bei der Meldung der Mitgliederzahlen für die Kopfpauschalberechnung unberücksichtigt. Die Knappschaft stellt sicher, dass Mitglieder, welche Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt haben, einschließlich ihrer Familienversicherten, für den Zeitraum der Kostenerstattung keine Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen.

2. Vergütung nach Einzelleistungen

Folgende Leistungen werden als Einzelleistungen bewertet und im Jahr 2006 mit den nachstehend genannten Punktwerten/vereinbarten Pauschalen vergütet:

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 2.1 | Prävention I
GNR 01710 - 01722, 01730 - 01734, 01770, 01780 - 01784,
01787, 01790 - 01793, 01800 - 01813, 01815 EBM | 4,58 Cent |
| 2.2 | Prävention II
GNR 01772 - 01775, 01785, 01786 EBM | 3,75 Cent |
| 2.3 | Leistungen im Rahmen der Drogen-Substitutionsbehandlung
GNR 01950, 01951, 01952 EBM, Symbol-Nr. 01950 A | 3,75 Cent |
| 2.4 | Schutzimpfungen nach der regionalen Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung. Sofern keine regionale Vereinbarung besteht, werden Schutzimpfungen nach der zwischen der KVWL und der Bundesknappschaft abgeschlossenen Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen bewertet und vergütet | 4,58 Cent |
| 2.5 | Leistungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings,
GNR 01707 und 01708 EBM | 4,58 Cent |

2.6	Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen GNR 01620, 01621, 01622 EBM	4,50 Cent
2.7	Soziotherapie, GNR 30800, 30810, 30811 EBM	3,75 Cent
2.8	Früherkennungs-Koloskopie, GNR 01740 - 01743 EBM	4,58 Cent
2.9	Einmalsklerosierungsnadeln, GNR 40160 EBM	15,00 EUR
2.10	Photodynamische Therapie (PDT), GNR 06332 EBM	4,50 Cent
2.11	Verordnung medizinischer Rehabilitation, GNR 01611 EBM	4,50 Cent
2.12	Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen GNR 01620 - 01622 EBM	4,50 Cent
2.13	Immunapherese, GNR 13621 EBM	4,35 Cent
2.14	Leistungen der künstlichen Befruchtung, § 27 a SGB V, GNR 01510 - 01512, 02100, 02340, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 08510, 08530, 08531, 08540 - 08542, 08550 - 08552, 08560, 08561, 08570 - 08574, 11311, 11312, 31272, 31503, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090 EBM ab 01.04.2006 zuzüglich GNR 11320 - 11322 EBM ab 01.10.2006 zuzüglich GNR 05350 EBM	4,20 Cent
2.15	Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen nach § 27 a SGB V GNR 32354 EBM GNR 32356 EBM GNR 32357 EBM GNR 32575 EBM	5,60 EUR 5,10 EUR 4,60 EUR 4,60 EUR

GNR 32576 EBM	4,60 EUR
GNR 32577 EBM	10,20 EUR
GNR 32660 EBM	56,20 EUR
GNR 32781 EBM	6,10 EUR
GNR 32783 EBM (bis 31.03.2006)	24,50 EUR
GNR 32850 EBM (bis 31.03.2006)	199,10 EUR
GNR 32851 EBM (bis 31.03.2006)	227,30 EUR
GNR 32852 EBM (bis 31.03.2006)	64,20 EUR
GNR 32855 EBM (bis 31.03.2006)	39,90 EUR
GNR 32856 EBM (bis 31.03.2006)	32,00 EUR
GNR 32857 EBM (bis 31.03.2006)	143,70 EUR

Im Formblatt 3 erfolgt eine Ausweisung zu 50 % des in den Ziffern 2.14 und 2.15 aufgeführten Leistungsbedarfs bzw. der Kostenpauschalen.

- | | |
|--|------------|
| 2.16 Genotypische HIV-Resistenztestung, GNR 32828 EBM | 360,00 EUR |
| 2.17 Kardiorespiratorische Polysomnographie, GNR 30901 EBM | 4,50 Cent |
| 2.18 Leistungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings,
GNR 01707 und 01708 EBM | 4,58 Cent |
| 2.19 MRT-Angiographie, GNR 34470 bis 34492 EBM | 4,50 Cent |
| 2.20 Erst- und Folgeverordnungen von Behandlungsmaßnahmen zur
psychiatrischen häuslichen Krankenpflege
GNR 01422 und 01424 EBM | 3,75 Cent |
| 2.21 Ab dem 01.04.2006 erfolgt die Vergütung der Sachkostenpauschalen, Kapitel
40 EBM, GNR 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM,
außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die Abrechnung dieser
Sachkostenpauschalen erfolgt bis 31.03.2006 (Zeitpunkt der Bereinigung der
budgetierten Gesamtvergütung) quartalsweise in Höhe von 50 % der
insgesamt über Formblatt 3 nachgewiesenen Beträge. | |

3. Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen (einschließlich Leistungen nicht ärztlicher Psychotherapeuten)

3.1 Die ambulanten vertragsärztlichen Leistungen sowie die psychotherapeutischen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen in der jeweils gültigen Fassung bewertet, soweit in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes bestimmt ist.

3.2 Leistungen aufgrund von Vereinbarungen, die Bestandteil der mit der Knappschaft abgeschlossenen Verträge sind und deren Vergütung pauschaliert ist, werden nach den mit der Knappschaft getroffenen Regelungen bewertet.

4. Folgende Leistungen werden nach den Inhalten der jeweiligen Vereinbarungen bewertet bzw. vergütet und gesondert in Rechnung gestellt:

4.1 Durchlaufende Posten.

4.2 Sachkosten für ambulante Dialysebehandlung nach Kapitel 40 EBM, einschl. LDL-Apherese.

4.3 Ärztliche Leistungen, die in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen erbracht werden, nach den mit der Knappschaft getroffenen Vereinbarungen.

4.4 Die Kostenpauschale für das Medikament Mifepreston (Mifegyne), GNR 40156 EBM.

4.5 Sofern Leistungen aufgrund regionaler Vereinbarungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und/oder in festen Euro-Beträgen abgerechnet und bei der Berechnung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden sollen, ist das vorherige Einvernehmen mit der Knappschaft herzustellen.

- 4.6 Leistungen aufgrund von Vereinbarungen, die Bestandteil der mit der Knappschaft abgeschlossenen Verträge sind und deren Vergütung außerbudgetär erfolgt, werden nach den mit der Knappschaft getroffenen Regelungen bewertet.
- 4.7 Gesetzliche Änderungen, die während der Laufzeit dieses Vertrages in Kraft treten, werden umgesetzt.

5. Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen

Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung in Arztpraxen abgegeben werden, sind mit den Gebührennummern des EBM abzurechnen. Die Zuzahlungsbeträge verbleiben beim Arzt, die Verrechnung erfolgt direkt über die KVH mit der Knappschaft durch eine 15%ige Absenkung der Honorare für zuzahlungspflichtige Leistungen.

6. Modellversuche nach § 63 SGB V/Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140 a ff. SGB V

Es besteht Einvernehmen unter den Vertragspartnern, sich gegenseitig über Aktivitäten einzelner Ärzte/Arztgruppen und/oder Knappschaft zu künftigen Modellversuchen/Integrierten Versorgungsformen nach §§ 140 a ff. SGB V zu unterrichten.

7. In-Kraft-Treten, Dauer

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft und endet am 31. Dezember 2006.

Hamburg , Bochum, den 06.05.2009