

Zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)
und der
Innungskrankenkasse Hamburg
wird folgender

16. Nachtrag

zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 vereinbart:

Es wird die nachfolgende Anlage C 11 angefügt:

Hamburg, den 18. Oktober 2007

Anlage C 11

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der IKK Hamburg**

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages vom 18. Oktober 2007**

Vergütungsvereinbarung für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31.12.2008

1. Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung, soweit sie nach Kopfpauschalen berechnet wird, wird wie folgt vereinbart:
 - 1.1 Basis für die Ermittlung der kopfpauschalieren Gesamtvergütung sind die Kopfpauschalen des Jahres 2006 nach Anlage C 10 Nr. 1.6.
 - 1.2 Diese Kopfpauschalen werden auf der Basis des Jahres 2005 um die Anteile belegärztlicher Leistungen bereinigt.
 - 1.3 Diese Kopfpauschalen werden auf der Basis des Jahres 2005 um die Anteile für ambulante Operationen bereinigt.
 - 1.4 Die auf diese Weise bereinigten Kopfpauschalen werden ab dem 01.01.2007 um 0,47% erhöht.
 - 1.5 Diese Kopfpauschalen werden zum 1. Januar 2008 um das im Formblatt 3 ausgewiesene Vergütungsvolumen für strahlentherapeutische Leistungen in den Jahren 2000 und 2004, sowie für Sachkosten strahlentherapeutischer Leistungen –soweit diese nicht Gegenstand der Bereinigung in Nr. 1.3 der Anlage C 10 sind– in den Jahren 2000 und 2004 bereinigt.
 - 1.6 Diese Kopfpauschalen werden zum 1. Januar 2008 um die Vergütungsanteile für schmerztherapeutische Leistungen im Jahre 2007 bereinigt.
 - 1.7 Die so ermittelten Kopfpauschalen werden ab dem 01.01.2008 um 0,64% erhöht.
 - 1.8 Die so errechneten Kopfpauschalen werden mit den Mitgliederzahlen des Abrechnungsquartals multipliziert und ergeben so die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der IKK Hamburg zu vereinbarende Gesamtvergütung des jeweiligen Abrechnungsquartals.
 - 1.9 Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages und seiner Anlagen.
2. Neben der in Nr. 1 genannten Gesamtvergütung werden folgende Sach- und durchlaufende Kosten gesondert erstattet:
 - 2.1 Dialyse-Sachkosten einschließlich der Sachkosten für extrakorporale Hämotherapieverfahren,

- 2.2 Sachkostenpauschalen für Koloskopien nach der Nr. 40160 EBM,
 - 2.3 Kosten für Genotypische HIV-Resistenztestungen nach der Nr. 32828 EBM,
 - 2.4 Krankentransportkosten im Zusammenhang mit den Notfallabrechnungen der Krankenhäuser, die von der KVH im Auftrage der Krankenkassen abgerechnet werden,
 - 2.5 die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrage der Krankenkassen abgerechnet werden.
 - 2.6 Sachkosten nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840 EBM.
3. Ferner werden neben der in Nr. 1 genannten Gesamtvergütung folgende Leistungen gesondert vergütet:
- 3.1 Präventionsleistungen aus dem Bereich II Nr. 1.7.1 EBM (FE Kinder) einschließlich der Leistung nach der **Nr. 01723 EBM (ab dem 01.07.2008)** mit einem Punktwert von 4,87 Cent, Präventionsleistungen aus dem Bereich II Nr. 1.7.2 EBM (FE Erwachsene) einschließlich der Leistungen nach der **Nr. 01735 (ab dem 01.01.2008), 01745 und 01746 EBM (ab dem 01.07.2008)** und 1.7.4 EBM (MuVo) mit einem Punktwert von 4,87 Cent; daneben werden die Pauschalen nach den Nrn. 01700 und 01701 EBM vergütet,
 - 3.2 Schutzimpfungen nach Maßgabe der zwischen der KVH und der IKK Hamburg geschlossenen Impfvereinbarung mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.3 Leistungen nach der Nr. 34431 EBM (Mamma MRT) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.4 Leistungen nach der Nr. 06332 EBM (PDT) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.5 Leistungen nach den Nrn. 30800, 30810 und 30811 EBM (Soziotherapie) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.6 Leistungen nach den Nrn. 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, **31600 (ab dem 01.10.2007)**, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, und 33090 (Leistungen der künstlichen Befruchtung) mit einem Punktwert von 4,87 Cent; zudem werden die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Nrn. 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660 und 32781, sowie der **Nrn. 36272, 36503 und 36822 (ab dem 01.10.2007)** EBM außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung finanziert.

Der nach Maßgabe der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Formblatt 3 Inhaltsbeschreibung gekennzeichnete, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung zur Auszahlung gelangende Leistungsbedarf der betreffenden Leistungen im Formblatt 3 wird mit einem Anteil von 50% des berechneten Leistungsbedarfs ausgewiesen,

- 3.7 Leistungen nach der Nr. 01611 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) mit einer Pauschale von 38 €,
- 3.8 Leistungen nach der Nr. 13621 EBM (Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
- 3.9 Leistungen nach der Nr. 30901 EBM (Polysomnographie) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
- 3.10 Leistungen nach den Nrn. 34470 bis 34491 EBM (MRT-Angiographie) mit einem Punktwert von 4,87 Cent; daneben wird bei MRT-Angiographien der begründete Zuschlag nach der Nr. 34492 EBM vergütet,
- 3.11 Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM (Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege) mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
- 3.12 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den Nr. 01950 bis 01952 EBM mit einem Punktwert von 4,53 Cent.
- 3.13 Ambulante Operationen, und Anästhesien gemäß Abschnitt 31 EBM sowie der Abschnitte 2 und 3 der Anlage 1 zum AOP-Vertrag in der Fassung des Spruches des erweiterten Bundesschiedsamtes vom 17.08.2006 mit einem Punktwert von 4,87 Cent. Mit den vorgenannten Operationen nach Indikationsstellung zur Operation im Zusammenhang erbrachte präoperative Leistungen, intraoperative Leistungen sowie postoperative Leistungen (im weiteren Begleitleistungen) binnen 14 Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation, die nach Maßgabe der KVH gekennzeichnet sind, werden gleichfalls mit einem Punktwert von 4,87 Cent vergütet. Vor dem Zeitpunkt der Indikationsstellung zur Operation durch den Operateur sind keine Leistungen als Begleitleistungen abrechnungsfähig. Ab dem Zeitpunkt der Indikationsstellung legt ausschließlich der Operateur fest, welche Leistungen kennzeichnungs- und mit dem Punktwert für Begleitleistungen abrechnungsfähig sind. Andere Ärzte als der Operateur können insoweit nur auf Überweisung tätig werden und nur im Rahmen des Überweisungsauftrages die Leistungen kennzeichnen und mit dem Punktwert für Begleitleistungen abrechnen. Hinsichtlich der 14-Tagefrist für postoperative Leistungen gilt in analoger Anwendung die Regelung des § 115 a Abs. 2 Satz 2 SGB V. Eine analoge Anwendung des § 115 a Abs. 2 Satz 3 SGB V ist ausgeschlossen.
Abweichend hiervon werden in der Zeit vom 01.01.2007 bis 30.06.2008 ambulante Operationen und Begleitleistungen unter Berücksichtigung der Regelungen des für diesen Zeitraum gültigen Verteilungsmaßstabes auf der Basis des mit der Codierziffer 88115 abgerechneten Leistungsbedarfs dergestalt vergütet, dass dieser Leis-

tungsbedarf mit dem gewichteten Vergütungsvolumen für ambulante Operationen und Begleitleistungen für den Zeitraum vom 01.07.2008 bis 30.09.2008 quotiert wird. Danach im Rahmen der Honorarverteilung noch nicht ausgekehrte Beträge werden nachvergütet.

- 3.14 Belegärztliche Leistungen ab dem 01.04.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.15 Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM (Akupunkturleistungen) ab dem 01.01.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.16 Leistungen nach den Nrn. 31362, 31734 und 31735 EBM (phototherapeutische Keratektomien) ab dem 01.10.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent, die Sachkosten nach der Nr. 40680 EBM werden mit dem im EBM ausgewiesenen Eurobetrag vergütet,
 - 3.17 Leistungen der Schmerztherapie nach den Nummern 30700, 30702, 30704 und 30706 EBM ab dem 01.01.2008 mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.18 Leistungen nach der Nr. 01759 (Vakuumstanzbiopsien) ab dem 01.07.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent, hinsichtlich der übrigen Leistungen des Mammographie-Screenings gelten die Bestimmungen der Anlage H zum Gesamtvertrag. Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM werden ab dem 01.07.2007, mit den im EBM ausgewiesenen Beträgen vergütet,
 - 3.19 Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel 25 EBM (Nr. 25210 bis 25342 EBM) ab dem 01.01.2008 mit einem Punktwert von 4,87 Cent, einschließlich der Sachkosten für strahlentherapeutische Leistungen nach den Nrn. 40840 und 40841,
 - 3.20 Leistungen des Chlamydien-Screenings nach den Nummern 01816, 01817, 01818, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917 und 01918 EBM ab dem 01.04.2008 mit einem Punktwert von 4,87 Cent.
4. Unter Berücksichtigung des am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte und der zwischen dem IKK Bundesverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Anlage 16 zum Bundesmantelvertrag Ärzte wird vereinbart, dass der zwischen der IKK Hamburg und der KV Hamburg geschlossene Gesamtvertrag vom 18. April 1996 und seine dazugehörigen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung auch für die gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V betroffenen Innungskrankenkassen gelten. Artikel 2 § 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips ist zu berücksichtigen.
 5. Die der Kopfpauschalierung unterliegenden Leistungen für Fremdzärzte sind mit der Gesamtvergütung gem. Nr. 1 abgegolten.