

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 2005 bis 31. Dezember 2005

Auf der Grundlage

- des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems zum 01.01.2004 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz - GMG),
- der Empfehlungsvereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene

wird für die Berechnung der Gesamtvergütung für das Jahr 2005 folgende Vereinbarung getroffen:

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 2005 bilden die korrigierten Kopfpauschalen der Quartale 1/04 bis 4/04 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 0,38 %.
- 1.4 Für nicht GKV-versicherte Sozialhilfeempfänger und Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetz (§ 264 Abs. 2 bis 7 SGB V) 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 2005 mit den nachstehend genannten Punktwerten/vereinbarten Pauschalen vergütet:

2.1	bis 31.03.2005	Prävention I Abschnitt B IX EBM, mit Ausnahme der GNR 101 - 108 EBM und 117 - 119 EBM (Formblatt 3-Positionen D 38 90 00, D 41 90 00, D 42 90 00, D 43 90 00, D 44 90 00)	4,58 Cent
	ab 01.04.2005	Prävention I GNR 01710 - 01722, 01730 - 01734, 01770, 01780 - 01784, 01787, 01790 - 01793, 01800 - 01813, 01815 EBM	4,58 Cent
2.2	bis 31.03.2005	Prävention II GNR 101 - 108 und 117 - 119 EBM (Formblatt 3-Position D 38 05 05)	3,75 Cent
	ab 01.04.2005	Prävention II GNR 01772 - 01775, 01785, 01786, EBM	3,75 Cent

2.3	Leistungen im Rahmen der Drogen-Substitutionsbehandlung bis 31.03.2005	GNR 202 - 204 EBM (Formblatt 3-Positionen D 01 21 11, D 01 50 11, D 01 75 11)	3,75 Cent
	ab 01.04.2005	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 Vereinba- rung besteht, werden Schutzimpfungen nach der zwischen der KVWL und der Bundesknappschaft abgeschlossenen Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen bewertet und vergütet (Formblatt 3-Position D 62 90 00)		4,58 Cent
2.5	Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bis 31.03.2005	GNR 72, 73 und 77 EBM	4,50 Cent
	ab 01.04.2005	GNR 01620, 01621, 01622 EBM	4,50 Cent
2.6	Soziotherapie bis 31.03.2005	GNR 819, 830, 831 EBM (Formblatt 3 - Position D 01 21 06)	3,75 Cent
	ab 01.04.2005	GNR 30800, 30810, 30811 EBM	3,75 Cent
2.7	Früherkennungs-Koloskopie bis 31.03.2005	GNR 154, 156, 163, 164 EBM (Formblatt 3 - Positionen D 41 06 14, D 41 75 14, D 42 06 14, D 42 75 14)	4,58 Cent
	ab 01.04.2005	GNR 01740, 01741, 01742, 01743 EBM	4,58 Cent

2.8	Einmalsklerosierungsnadeln		
	bis 31.03.2005	GNR 7153 EBM (Formblatt 3 - Positionen D 01 50 12, D 41 50 12, D 42 50 12)	15,00 EUR
	ab 01.04.2005	GNR 40160 EBM	15,00 EUR
2.9	Photodynamische Therapie (PDT)		
	bis 31.03.2005	GNR 1250 EBM (Formblatt 3-Position D 01 21 09)	4,50 Cent
	ab 01.04.2005	GNR 06332 EBM	4,50 Cent
2.10	Verordnung medizinischer Rehabilitation		4,50 Cent
	bis 31.03.2005	GNR 70 EBM (Formblatt 3-Positionen D 01 04 14, D 01 75 14, D 01 76 14)	
	ab 01.04.2005	GNR 01611 EBM	4,50 Cent
2.11	Berichte auf besonderes Verlangen der Krankenkassen		4,50 Cent
	bis 31.03.2005	GNR 72, 73 und 77 EBM	
	ab 01.04.2005	01620 - 01622 EBM	
2.12	Immunapherese		4,35 Cent
	bis 31.03.2009	GNR 797 EBM (Formblatt 3 - Positionen D 01 21 16, D 01 75 16, D 01 77 16, D 18 21 16)	
	ab 01.04.2005	GNR 13621 EBM	4,35 Cent
2.13	Leistungen der künstlichen Befruchtung, § 27 a SGB V,		4,20 Cent
	bis 31.03.2005	GNR 1181, 1182, 1188, 1190, 1192, 1194 bis 1199 EBM sowie die im	

Zusammenhang mit der Durchführung
dieser Maßnahmen stehenden Leistungen
nach den GNR 63 bis 66, 82, 90, 273, 312,
381, 388, 451, 461, 462, 490, 496, 1160, 1178,
1184, 1185, 1186, 1767 sowie die Leistungen
nach den GNR 4970 bis 4986 EBM
(Formblatt 3-Positionen D 01 21 12, D 01 21 13,
D 01 21 14, D 01 75 12, D 01 75 13, D 18 21 12,
D 18 21 13)

ab 01.04.2005	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	4,20 Cent
---------------	---	-----------

2.14 Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen nach § 27 a SGB V

bis 31.03.2005	GNR 4212 EBM	5,60 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4215 EBM	5,10 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4217 EBM	4,60 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4543 EBM	4,60 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4544 EBM	4,60 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4545 EBM	10,20 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4632 EBM	56,20 EUR
bis 31.03.2005	GNR 4755 EBM	6,10 EUR

(Formblatt 3-Positionen D 01 21 53, D 01 75 53, D 18 21 53, D 01 21 54)

ab 01.04.2005	GNR 32354 EBM	5,60 EUR
ab 01.04.2005	GNR 32356 EBM	5,10 EUR
ab 01.04.2005	GNR 32357 EBM	4,60 EUR
ab 01.04.2005	GNR 32575 EBM	4,60 EUR
ab 01.04.2005	GNR 32576 EBM	4,60 EUR
ab 01.04.2005	GNR 32577 EBM	10,20 EUR

ab 01.04.2005 GNR 32660 EBM	56,20 EUR
ab 01.04.2005 GNR 32781 EBM	6,10 EUR

zusätzlich

ab 01.07.2005 GNR 32851 EBM	227,30 EUR
ab 01.07.2005 GNR 32852 EBM	64,20 EUR
ab 01.07.2005 GNR 32855 EBM	39,90 EUR
ab 01.07.2005 GNR 32856 EBM	32,00 EUR
ab 01.07.2005 GNR 32857 EBM	143,70 EUR

Im Formblatt 3 erfolgt eine Ausweisung zu 50 % des in den Ziffern 2.13 und 2.14 aufgeführten Leistungsbedarfs bzw. der Kostenpauschalen.

2.15 Genotypische HIV-Resistenztestung	360,00 EUR
bis 31.03.2005 GNR 4828 EBM (Formblatt 3-Positionen D 01 75 18, D 01 76 18, D 01 12 18, D 18 12 18)	
ab 01.04.2005 GNR 32828 EBM	360,00 EUR
2.16 Kardiorespiratorische Polysomnographie ab dem 01.04.2005	4,50 Cent
GNR 30901 EBM	
2.17 Leistungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings ab	4,58 Cent
dem 01.07.2005, GNR 01707 und 01708 EBM	
2.18 MRT-Angiographie, GNR 34470 bis 34492 EBM ab 20.06.2005	4,50 Cent

Der vom 01.07.2005 - 31.12.2005 im Formblatt 3 nachgewiesene Leistungsbedarf wird jeweils hälftig zu Lasten der budgetierten Gesamtvergütung einerseits und andererseits durch die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vergütet. Wenn Leistungen in dem Zeitraum vom 01.04.2005 - 20.06.2005 erbracht, aber noch nicht abgerechnet worden sind, ist eine Abrechnung mit dem o. g. Punktwert möglich.

Die budgetierte Gesamtvergütung wird im Jahr 2006 nach der Bundesempfehlung entsprechend bereinigt.

- 2.19 Erst- und Folgeverordnungen von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ab dem 01.07.2005
GNR 01422 und 01424 EBM 3,75 Cent

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

(Formblatt 3 - Positionen F 99 90 01 - F 99 90 89).

4.2 Sachkosten für ambulante Dialysebehandlung nach Kapitel U EBM und ab dem 2. Quartal nach Kapitel 40 EMB, einschl. LDL-Apherese (Formblatt 3 - Position D 04 90 00).

- 4.3 Ärztliche Leistungen, die in sozialpädiatrischen Zentren (Formblatt 3-Position F 99 90 72) und psychiatrischen Institutsambulanzen (Formblatt 3-Position F 99 90 71) erbracht werden, nach den mit der Knappschaft getroffenen Vereinbarungen.
- 4.4 Die Kostenpauschale für das Medikament Mifepreston (Mifegyne) bis 31.03.2005 GNR 7154 EBM (Formblatt 3 - Position D 01 50 10), ab 01.04.2005 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 2005 in Kraft und endet am 31. Dezember 2005.

Hamburg , Bochum, den 06.05.2009

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