

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

(KVH)

und

die Knappschaft

(als Rechtsnachfolgerin der See-Krankenkasse)

schließen folgenden

16. Nachtrag

zum Gesamtvertrag der See-Krankenkasse
vom 18. April 1996:

Es werden die nachfolgen Anlagen C 11a und C 11b angefügt.

Hamburg, den 02.04.2013

Anlage C 11a

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der See-Krankenkasse)

vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages vom 02.04.2013

Vergütungsvereinbarung für die Zeit
vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007

(für das Gebiet der alten Bundesländer)

1. Die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung wird, soweit sie nach Kopfpauschalen berechnet wird, wie folgt vereinbart:
 - 1.1 Basis für die Ermittlung der kopfpauschalieren Gesamtvergütung sind die Kopfpauschalen des Jahres 2006 nach Anlage C 10a Nr. 1.7.
 - 1.2 Die so ermittelten Kopfpauschalen werden jeweils um 0,47 % erhöht.
 - 1.3 Die so errechneten Kopfpauschalen werden mit den Mitgliederzahlen des Abrechnungsquartals multipliziert und ergeben so die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der See-Krankenkasse zu vereinbarende kopfpauschalierte Gesamtvergütung des jeweiligen Abrechnungsquartals.

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 Sachkosten 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. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages und seiner Anlagen.
4. Ferner werden neben der in Nr. 1 genannten Gesamtvergütung folgende Leistungen gesondert vergütet:
 - 4.1 Präventionsleistungen aus dem Bereich II Nr. 1.7.1 EBM (FE Kinder), dem Bereich II Nr. 1.7.2 EBM (FE Erwachsene) und 1.7.4 EBM (MuVo) mit einem Punktwert von 4,48 Cent, daneben werden die Pauschalen nach den Nrn. 01700 und 01701 EBM vergütet,
 - 4.2 Schutzimpfungen nach Maßgabe der zwischen der KVH und der See-Krankenkasse geschlossenen Impfvereinbarung mit einem Punktwert von 4,48 Cent,
 - 4.3 Leistungen nach der Nr. 34431 EBM (Mamma MRT) mit einem Punktwert von 4,38 Cent,
 - 4.4 Leistungen nach der Nr. 06332 EBM (PDT) mit einem Punktwert von 4,38 Cent,
 - 4.5 Leistungen nach den Nrn. 30800, 30810 und 30811 EBM (Soziotherapie) mit einem Punktwert von 4,17 Cent,
 - 4.6 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, 33090 und **36272 (ab dem 01.10.2007)**, **36503 (ab dem 01.10.2007)** und **36822 (ab dem 01.10.2007)** (Leistungen der künstlichen Befruchtung) mit einem Punktwert von 4,28 Cent; zudem werden die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Nrn. 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660 und 32781 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,
 - 4.7 Leistungen nach der Nr. 13621 EBM (Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis) mit einem Punktwert von 4,38 Cent,
 - 4.8 Leistungen nach der Nr. 30901 EBM (Polysomnographie) mit einem Punktwert von 4,38 Cent,

- 4.9 Leistungen nach den Nrn. 34470 bis 34491 EBM (MRT-Angiographie) mit einem Punktwert von 4,38 Cent, daneben wird der bei MRT-Angiographien begründete Zuschlag nach der Nr. 34492 EBM vergütet,
- 4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den Nrn. 01950 bis 01952 EBM mit einem Punktwert von 4,26 Cent,
- 4.11 Leistungen nach der Nr. 01611 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) mit Punktwert von 4,46 Cent,
- 4.12 Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM (Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege) mit einem Punktwert von 4,17 Cent,
- 4.13 Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM (Akupunkturleistungen) ab dem 01.01.2007 mit einem Punktwert von 4,40 Cent.
- 4.14 Leistungen der Schmerztherapie nach der Nr. 30700 EBM mit einer Pauschale von 81,81 € und Leistungen nach der Nr. 30701 EBM mit einer Pauschale von 61,36 €,
- 4.15 Leistungen nach den Nrn. 31362, 31734 und 31735 (phototherapeutische Keratektomien) ab dem 01.10.2007 mit einem Punktwert von 4,50 Cent. Die Sachkosten-pauschale nach der Nr. 40680 EBM wird ab dem 01.10.2007 mit dem dafür im EBM ausgewiesenen Euro-Betrag vergütet.
- 4.16 Leistungen nach der Nr. 01759 EBM (Vakuumstanzbiopsien), ab dem 01.07.2007 mit einem Punktwert von 4,50 Cent. Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM werden ab dem 01.07.2007 mit den dafür im EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen vergütet.

In der Zeit vom 01.01.2007 bis 30.06.2007 erstatten die Krankenkassen die im Zusammenhang mit Vakuumstanzbiopsien entstandenen Sachkosten für die Inhalte der Sachkostenpauschalen 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM in der durch Rechnungen über die KVH zu belegenden Höhe.

- 5. Die der Kopfpauschalierung unterliegenden Leistungen für Fremdärzte sind mit der Gesamtvergütung gem. Nr. 1 abgegolten.

PROTOKOLLNOTIZ

zur Anlage C 11 a

zum Gesamtvertrag zwischen
der KVH der See-Krankenkasse
vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages
vom 02.04.2013

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bei der Ermittlung der Gesamtvergütung die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V in der Höhe zu berücksichtigen ist, in der die Krankenkassen die Leistungen bei der Erbringung als Sachleistung zu vergüten hätten. Die See-Krankenkasse wird der KVH für diesen Fall die Beträge nachweisen.

Die Vertragspartner werden prüfen, inwieweit mit der Einführung der Polysomnographie nach der Nr. 30901 Auswirkungen auf die Abrechnung der Polygraphie nach Nr. 30900 EBM vorhanden sind. Stellen sie einvernehmlich einen dadurch resultierenden finanziellen Mehr- oder Minderbedarf fest, sind hierzu in den Honorarverteilungsverträgen Regelungen zu treffen.

PROTOKOLLNOTIZ

zur Anlage C 11 a

zum Gesamtvertrag zwischen
der KVH der See-Krankenkasse
vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages
vom 02.04.2013

Die Kopfpauschalen der See-Krankenkasse (WEST) für das Jahr 2007 betragen:

Quartal	I/07	II/07	III/07	IV/07
Kopfpauschale in €	118,92	116,66	111,50	120,49

Anlage C 11b

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der See-Krankenkasse

vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages vom 02.04.2013

Vergütungsvereinbarung für die Zeit
vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007

(für das Gebiet der neuen Bundesländer)

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 10b Nr. 1.7.
 - 1.2 Die so ermittelten Kopfpauschalen werden jeweils um 2,23 % erhöht.
 - 1.3 Die so errechneten Kopfpauschalen werden mit den Mitgliederzahlen des Abrechnungsquartals multipliziert und ergeben so die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der See-Krankenkasse zu vereinbarende Gesamtvergütung des jeweiligen Abrechnungsquartals.
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 Sachkosten nach den Nrn. 40500 bis 40580, 40750 bis 40754 und 40840.
3. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages und seiner Anlagen.
4. Ferner werden neben der in Nr. 1 genannten Gesamtvergütung folgende Leistungen gesondert vergütet:
 - 4.1 Präventionsleistungen aus dem Bereich II Nr. 1.7.1 EBM (FE Kinder), aus dem Bereich II Nr. 1.7.2 EBM (FE Erwachsene) und 1.7.4 EBM (MuVo) mit einem Punktwert von 4,40 Cent, daneben werden die Pauschalen nach den Nrn. 01700 und 01701 EBM vergütet,

- 4.2 Schutzimpfungen nach Maßgabe der zwischen der KVH und der See-Krankenkasse geschlossenen Impfvereinbarung mit einem Punktwert von 4,40 Cent,
- 4.3 Leistungen nach der Nr. 34431 EBM (Mamma MRT) mit einem Punktwert von 3,74 Cent,
- 4.4 Leistungen nach der Nr. 06332 EBM (PDT) mit einem Punktwert von 3,74 Cent,
- 4.5 Leistungen nach den Nrn. 30800, 30810 und 30811 EBM (Soziotherapie) mit einem Punktwert von 3,74 Cent,
- 4.6 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, 33090 und **36272 (ab dem 01.10.2007)**, **36503 (ab dem 01.10.2007)** und **36822 (ab dem 01.10.2007)** (Leistungen der künstlichen Befruchtung) mit einem Punktwert von 3,74 Cent; zudem werden die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Nrn. 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660 und 32781 EBM außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung finanziert.

Der nach Maßgabe der KVH 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.

- 4.7 Leistungen nach der Nr. 13621 EBM (Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis) mit einem Punktwert von 4,29 Cent,
- 4.8 Leistungen nach der Nr. 30901 EBM (Polysomnographie) mit einem Punktwert von 4,29 Cent,
- 4.9 Leistungen nach den Nrn. 34470 bis 34491 EBM (MRT-Angiographie) mit einem Punktwert von 4,09 Cent, daneben wird der bei MRT-Angiographien begründete Zuschlags nach der Nr. 34492 EBM vergütet,
- 4.10 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den Nr. 01950 bis 01952 EBM mit einem Punktwert von 4,40 Cent,
- 4.11 Leistungen nach der Nr. 01611 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) mit einer Pauschale von 38,85 EUR,
- 4.12 Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM (Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege) ab dem 01.07.2005 mit einem Punktwert von 3,74 Cent,
- 4.13 Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM (Akupunkturleistungen) ab dem 01.01.2007 mit einem Punktwert von 4,40 Cent.

4.14 Leistungen der Schmerztherapie nach der Nr. 30700 EBM und der Nr. 30701 EBM mit einem Punktwert von 4,09 Cent.

4.15 Leistungen nach den Nrn. 31362, 31734 und 31735 (phototherapeutische Keratektomien) ab dem 01.10.2007 mit einem Punktwert von 4,40 Cent. Die Sachkosten-pauschale nach der Nr. 40680 EBM wird ab dem 01.10.2007 mit dem dafür im EBM ausgewiesenen Euro-Betrag vergütet.

4.16 Leistung nach der Nr. 01759 EBM (Vakuumstanzbiopsien), ab dem 01.07.2007 mit einem Punktwert von 4,40 Cent. Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM werden ab dem 01.07.2007 mit den dafür im EBM ausgewiesenen Euro-Beträgen vergütet.

In der Zeit vom 01.01.2007 bis 30.06.2007 erstatten die Krankenkassen die im Zusammenhang mit Vakuumstanzbiopsien entstandenen Sachkosten für die Inhalte der Sachkostenpauschalen 40454, 40455, 40854 und 40855 EBM in der durch Rechnungen über die KVH zu belegenden Höhe.

5. Die der Kopfpauschalierung unterliegenden Leistungen für Fremdzärzte sind mit der Gesamtvergütung gem. Nr. 1 abgegolten.

PROTOKOLLNOTIZ

zur Anlage C 11b

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und
der See-Krankenkasse
vom 18. April 1996
in der Fassung des 16. Nachtrages
vom 02.04.2013

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bei der Ermittlung der Gesamtvergütung die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V in der Höhe zu berücksichtigen ist, in der die Krankenkassen die Leistungen bei der Erbringung als Sachleistung zu vergüten hätten. Die See-Krankenkasse wird der KVH für diesen Fall die Beträge nachweisen.

Die Vertragspartner werden prüfen, inwieweit mit der Einführung der Polysomnographie nach der Nr. 30901 Auswirkungen auf die Abrechnung der Polygraphie nach Nr. 30900 EBM vorhanden sind. Stellen sie einvernehmlich einen dadurch resultierenden finanziellen Mehr- oder Minderbedarf fest, sind hierzu in den Honorarverteilungsverträgen Regelungen zu treffen.

Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass soweit die KV Mecklenburg-Vorpommern mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern auf vertraglichem Wege, das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung Mecklenburg-Vorpommern oder ein Sozialgericht für das von dieser Vereinbarung betroffene Kalenderjahr rechtskräftig höhere als die in Nrn. 2 und 3 dieses Honorarvertrages genannten Punktwerte oder Pauschalen festlegt, diese anstelle der in diesem Vertrag genannten Punktwerte oder Pauschalen gelten sollen. Rechtskräftig vom Landesschiedsamt oder einem Sozialgericht festgelegte Punktwerte oder Pauschalen für Vorjahre sollen als basiswirksam gelten.

Die See-Krankenkasse wird der KVH entsprechende Regelungen unverzüglich mitteilen.

Die Kopfpauschalen der See-Krankenkasse (OST) für das Jahr 2007 betragen:

Quartal	I/07	II/07	III/07	IV/07
Kopfpauschale in €	87,93	83,37	84,61	90,48