

Zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und der

AOK Rheinland/Hamburg

wird folgender

15. Nachtrag

zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 vereinbart:

Es wird die nachfolgende Anlage C 11 angefügt.

Hamburg, den 30.05.2008

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg

Da zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Nachtrages das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen war, steht das Inkrafttreten des Nachtrages unter dem Vorbehalt der Beendigung des Unterschriftenverfahrens.

Anlage C 11

**zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der AOK Rheinland/Hamburg**

**vom 18. April 1996
in der Fassung des 15. Nachtrages vom 30.05.2008**

Vergütungsvereinbarung für die Zeit vom 1. Januar 2007

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 um 0,47% erhöht.
 - 1.5 Die so errechneten Kopfpauschalen werden mit den Mitgliederzahlen des Abrechnungsquartals multipliziert und ergeben so die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg 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 die Pauschalen für das Sozialpädiatrische Zentrum Dr. Flehmig, die von der KVH im Auftrage der Krankenkassen abgerechnet werden.
 - 2.5 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) mit einem Punktwert von 4,87 Cent, Präventionsleistungen aus dem Bereich II Nr. 1.7.2 EBM (FE Erwachsene) 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 AOK Rheinland/Hamburg geschlossenen Impfvereinbarung mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
 - 3.3 Leistung nach der Nr. 34431 EBM (Mamma MRT) mit einem Punktwert von 4,46 Cent,
 - 3.4 Leistung nach der Nr. 06332 EBM (PDT) mit einem Punktwert von 4,46 Cent,
 - 3.5 Leistungen nach den Nrn. 30800, 30810 und 30811 EBM (Soziotherapie) mit einem Punktwert von 4,29 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 4,66 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 Leistung nach der Nr. 01611 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) mit einem Punktwert von 4,29 Cent,
 - 3.8 Leistung nach der Nr. 13621 EBM (Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis) mit einem Punktwert von 4,62 Cent,
 - 3.9 Leistung nach der Nr. 30901 EBM (Polysomnographie) mit einem Punktwert von 4,66 Cent,
 - 3.10 Leistungen nach den Nrn. 34470 bis 34491 EBM (MRT-Angiographie) sowie des bei MRT-Angiographien begründeten Zuschlages nach der Nr. 34492 EBM mit einem Punktwert von 4,46 Cent;

- 3.11 Leistungen nach den Nrn. 01422 und 01424 EBM (Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege) mit einem Punktwert von 4,29 Cent,
- 3.12 Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit nach den Nr. 01950 bis 01952 EBM mit einem Punktwert von 4,26 Cent.
- 3.13 Leistungen aufgrund der Vereinbarung über die ambulante differenzierte Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus I / II vom 29.10.1998 bzw. der hierzu abgeschlossenen Überleitungsvereinbarung,
- 3.14 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 21 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 21-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 31.12.2007 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 Leistungsbedarf 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.
- 3.15 Belegärztliche Leistungen ab dem 01.04.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
- 3.16 Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM (Akupunkturleistungen) ab dem 01.01.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent,
- 3.17 Leistungen nach den Nrn. 31362, 31734 und 31735 (phototherapeutische Keratektomien) ab dem 01.10.2007 mit einem Punktwert von 4,87 Cent. Die Sachkostenspauische nach der Nrn. 40680 EBM wird ab dem 01.10.2007 mit dem dafür im EBM ausgewiesenen Euro-Betrag vergütet.

- 3.18 Leistung nach der Nr. 01759 EBM (Vakuumstanzbiopsien), ab dem 01.07.2007 mit dem Punktwert gemäß den 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 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.

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