

G E S A M T V E R T R A G

nach § 83 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
(KVH)
- vertreten durch den Vorstand -

und der

Knappschaft
Bochum
Knappschaftsstraße 1, 44799 Bochum
- vertreten durch die Geschäftsführung -

vom 25.11.2011

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen. Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

Inhaltsverzeichnis

Gliederung / Inhalt	Seite
Gesamtvertrag §§ 1 bis 12	1-8
Anlage - Honorarvereinbarungen - z.Zt. unbesetzt -	
Anlage 1 – Hautkrebsvorsorge -	9
Anlage 2 – Meldung der Versicherten mit Kostenerstattung -	13
Anlage 3 – kv-übergreifende Bereinigung des Behandlungsbedarfs -	16
Anlage 4 – Bereinigung des Behandlungsbedarfs im Versorgungsbereich Hamburg -	22
Anlage 5 – Leistungsvergütung Mammographiescreening -	32
Anlage 6 – Förderung der Mukoviszidoseversorgung -	35
Anlage 7 – Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch -	45

§ 1 **Geltungsbereich und allgemeiner Inhalt**

- (1) Dieser Gesamtvertrag regelt
- a) die vertragsärztliche Versorgung für die Anspruchsberechtigten der Knappschaft mit Wohnsitz in Hamburg und
 - b) die Zahlung der Gesamtvergütung.
- (2) Soweit in diesem Vertrag und seinen Anlagen Regelungen über den gesamtvertraglichen Regelungskreis nicht enthalten sind und insoweit Regelungslücken bestehen, sind die Vertragspartner einig, dass die zwischen der KVH und dem Landesverband der Ortskrankenkassen bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen Anwendung finden.
- Beispielhaft seien hierfür genannt:
- Gestaltung der Sammelerklärung
 - Gestaltung des Vertragsarztstempels
 - Regelung zur Patientenbefragung
 - Regelung zur Geringfügigkeitsgrenze
 - Regelung zur Schlichtungsstelle
- (3) Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils geltenden Fassung.
- (4) Im Übrigen gelten die zwischen Knappschaft und KVH geschlossenen Verträge.

§ 2 **Vertragsärztliche Versorgung**

Art und Umfang der sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V und des BMV-Ä.

§ 3 **Abrechnung von Fremdfällen**

- (1) Die Verträge zwischen der KV Hamburg und der Knappschaft gelten auch für die Behandlung von anspruchsberechtigten Versicherten mit Wohnsitz außerhalb des Versorgungsbereichs der KV Hamburg.
- (2) Die vertraglichen Regelungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen finden auch in Fällen nach Absatz 1 Anwendung.
- (3) Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt nach den jeweils geltenden Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens (Fremdkassenzahlungsausgleich) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

(4) Für den Fall, dass die Leistungen der Verträge zur Geltendmachung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einer Anerkennung nach der vorstehenden Richtlinie bedürfen, gilt die Zustimmung der Knappschaft gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als erteilt.

§ 4

Abrechnung zwischen Arzt und Kassenärztlicher Vereinigung (arztseitige Abrechnung) und Prüfung

(1) Die arztseitige Abrechnung erfolgt zwischen der KVH und dem Arzt auf Grundlage des jeweils geltenden Verteilungsmaßstabes. Auf die Regelungen der §§ 42 ff. BMV-Ä wird verwiesen.

(2) Die Prüfung der arztseitigen Abrechnung erfolgt gemäß den Regelungen der §§ 45 ff. BMV-Ä auf Landesebene.

§ 5

Abrechnung zwischen KVH und Knappschaft

(1) Der nach § 4 Abs. 2 auf rechnerische und sachliche Richtigkeit geprüfte und gegebenenfalls berichtigte Leistungsbedarf des Abrechnungsvierteljahres wird mittels des Formblatts 3 bis zum ersten Werktag des sechsten Monats nach dem Ende des Abrechnungsvierteljahres nachgewiesen.

(2) Die KVH gewährleistet gegenüber der Knappschaft die rechnerische und sachliche Richtigkeit der Abrechnung nach § 4 Abs. 2 des Vertrages. Die sachliche Richtigkeit erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen.

(3) Die Knappschaft -Hauptverwaltung- erhält die von der KVH quartalsweise erzeugten Abrechnungsunterlagen getrennt nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen sowie nach Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner einschließlich deren Familienangehörigen.

Hierzu gehören:

(a) der papierbezogene Rechnungsbrief

(b) Formblatt 3 gemäß § 1 Abs. 3 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä) (Die Ausweisung der Leistungen in Formblatt 3 erfolgt einschließlich regionaler Sonderverträge bis Ebene 6 - Gebührennummernebene.)

(c) Einzelfallnachweis gemäß § 1 Abs. 2 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä)

(d) Unterlagen über Vorquartalsberichtigungen.

Der papierbezogene Rechnungsbrief ist an das Dezernat VIII.4 (Wasserstraße 295 in 44799 Bochum) zu senden. Das Formblatt (Formblatt 3 KT-Viewer chm-Dateien) und der Rechnungsbrief werden der Knappschaft als rechnungsbegründende Unterlagen auf einem Datenträger zur Verfügung gestellt. Datenannahmestelle der Knappschaft ist das Dezernat VI.2 (Knappschaftsstraße 1 in 44799 Bochum).

(4) Sofern die Prüfung der nach den Absätzen 1 und 3 übersandten Unterlagen eine Korrektur der Leistungen auslöst, ist der Sachverhalt jeweils direkt zwischen der Knappschaft und KVH zu klären. Eine gegebenenfalls erforderliche Verrechnung wird über das Formblatt 3 der folgenden Vierteljahresabrechnung vorgenommen. Die Berichtigungen werden der Knappschaft -Hauptverwaltung- gesondert nachgewiesen. Eine Verrechnung sowie der Nachweis einer Berichtigung erfolgt nur für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(5) Die Knappschaft kann Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnungen auf rechnerische und sachliche Richtigkeit ergeben, bei der KVH binnen sechs Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen beantragen.

§ 6 Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Behandlungs- und Ordnungsweise der Vertragsärzte ist zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss nach Maßgabe der zwischen den Partnern der Gesamtverträge abgeschlossenen Prüfvereinbarung zu prüfen.

§ 7 Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen

(1) Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V gemäß § 87a Abs. 3a SGB V auf die nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen. Die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung gemäß §§ 13 Abs. 2 bzw. 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, ist dabei auf die von der Knappschaft gemeldeten Versichertenzahlen anzurechnen.

(2) Eine Anrechnung nach Abs. 1 erfolgt nur dann, wenn die Kostenerstattung für ein volles Quartal gewählt wurde. Eine Anrechnung scheidet ebenfalls aus, wenn der Versicherte in einem Quartal Sachleistungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung über die Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte in Anspruch genommen hat.

(3) Die Anzahl der Versicherten die Kostenerstattung gewählt haben, sind der KVH unter Angabe der Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und PLZ nach Anlage 2 maschinenlesbar im Excel-Format zu melden.

§ 8 Vertragsverletzung

Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten eines an diesem Vertrag teilnehmenden Arztes ahndet die KVH nach den bei ihr geltenden Disziplinarbestimmungen.

§ 9 Schlichtung bei Streitfragen

Streitfragen auf Grundlage dieses Vertrages einschließlich der im Rahmen einer Anlage zum Gesamtvertrag geregelten Vergütung sollen zur Vermeidung eines Schiedsverfahrens auf Antrag eines Vertragspartners binnen vier Wochen zwischen den Vertragspartnern einer einvernehmlichen Lösung zugeführt werden. Die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens bleibt unberührt.

§ 10 Zahlung der Gesamtvergütung

(1) Die Knappschaft entrichtet die Gesamtvergütung an die KVH mit befreiender Wirkung.

(2) Bis zum 5. eines jeden Monats leistet die Knappschaft für den vorausgegangenen Monat eine Abschlagszahlung in Höhe von 32 % der nach den nachfolgenden Grundsätzen zu ermittelnden Ausgangsgröße an die KVH.

Die Ausgangsgröße für die Ermittlung der Abschlagszahlungen ist wie folgt zu ermitteln:

Die Summe aus

1. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung zu ermittelnden vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals,
2. der nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarung ermittelten Ausgabenobergrenzen für die Leistungsbereiche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des betreffenden Quartals sowie
3. der sonstigen Gesamtvergütungen des entsprechenden Quartals des Vorjahres, soweit sie nicht Nr. 1 bzw. Nr. 2 unterfällt,

wird vermindert um die im Vorjahresquartal tatsächlich gezahlten Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie um die nach Maßgabe der Vereinbarungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V (Bereinigungsverträge) festgestellten Bereinigungsbeträge für das betreffende Quartal und ergibt so die Ausgangsgröße. Die Minderung erfolgt erst ab Bereinigungsbeträgen über 1000 EUR.

Es werden die jeweils aktuellen Versichertenzahlen zur Berechnung der Abschlagszahlungen berücksichtigt. Bei den aktuellen Versichertenzahlen handelt es sich um

die Versichertenzahlen, die zwei Quartale vor dem jeweils laufenden Quartal, für das gerade die Abschlagszahlungen bestimmt werden, ermittelt wurden.

(3) Sofern der 5. des Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt, gilt der nachfolgende Werktag als Zahltag.

(4) Die endgültige Abrechnung der Gesamtvergütung eines Vierteljahres erfolgt gemäß § 54 Abs. 2 BMV-Ä, wenn die Rechnungsunterlagen der KVH nach § 4 Abs. 3(a) vorgelegt werden. Ergibt sich dabei eine Restzahlung zu Lasten der Knappschaft, ist diese innerhalb von 10 Tagen nach Eingang der Schlussabrechnung zu leisten. Ergibt sich eine Überzahlung zugunsten der Knappschaft, erfolgt ihre Verrechnung bei der nächst fälligen Abschlagszahlung.

(5) Im Fall des Zahlungsverzuges gelten die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. Zwischen den Partnern dieses Vertrages schriftlich geschlossene Stundungsvereinbarungen werden hiervon nicht berührt.

§ 11 Arztverzeichnis

Die KVH stellt der Knappschaft gemäß § 59 BMV-Ä ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 12 Inkrafttreten / Geltungsdauer

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Für die einzelnen Anlagen zu diesem Vertrag können jeweils besondere Kündigungsfristen vereinbart werden.

Hamburg, den 25.11.2011

Anlage 1

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vertrag

über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für
Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres

Präambel

Hautkrebs zählt in allen Altersgruppen zu den auch in Deutschland schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber eine Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Hautkrebsvorsorge mit Wirkung ab dem 1. Juli 2008 eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien beschlossen. Danach haben gesetzlich krankenversicherte Männer und Frauen in der Regelversorgung ab dem Alter von 35 Jahren - in einem zweijährigen Rhythmus - Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs. Mit diesem Vertrag verfolgen Kassenärztliche Bundesvereinigung und Knappschaft vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren auch bei Versicherten bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung von Hautkrebs zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet im gesamten Versorgungsbereich der KVH Anwendung.

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten der Knappschaft bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.

§ 3

Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung nach § 4 dieses Vertrages muss der Arzt im Bereich der KVH als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen oder als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem hier zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MZV) bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V tätig sein.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

(1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre einmal Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages). Die Vorsorgeuntersuchung umfasst

- a. gezielte Anamnese,
- b. standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (eingeschlossen ist die Auflichtmikroskopie),
- c. Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung,
- d. Dokumentation.

(2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen. Dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen, sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.

(3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.

(4) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

(5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten – mit Einverständnis des Versicherten - dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Vergütung

(1) Die Knappschaft vergütet dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages einen pauschalen Betrag in Höhe von 25,- €. Daneben ist eine parallele privatärztliche Abrechnung für Leistungen nach § 4 dieses Vertrages nach GOÄ ausgeschlossen.

(2) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(3) Für die Inanspruchnahme der Behandlungsmaßnahmen nach § 4 dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

§ 6 Abrechnungsverfahren

(1) Die erbrachten Leistungen nach § 4 dieses Vertrages sind von den Vertragsärzten über die KVH abzurechnen.

(2) Die Leistungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400 erfasst und separat unter der Pseudo-Abrechnungsnummer 94503 ausgewiesen.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine und der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

§ 7 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2012 in Kraft.

(2) Die Kündigungsfrist dieses Vertrages beträgt drei Monate zum Jahresende.

(3) Im Falle einer Änderung der für diesen Vertrag maßgebenden rechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Vertragspartner kurzfristig über eine mögliche Fortführung bzw. Änderung dieses Vertrages verständigen.

Anlage 2

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Meldung der Versicherten mit Kostenerstattung
gemäß § 7 des Gesamtvertrages

Kassenstempel

Ort: _____
Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Kassenärztliche Vereinigung

Abgabetermine:
20.04./ 20.07. / 20.10./ 20.01.

Meldung der Versicherten

nach Vertrag § 87a in Verbindung mit § 87 c Abs. 3 und 4 SGB V,
die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V / § 53 Abs. 4 SGB V
für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen
(ausgenommen veranlasste Leistungen) gewählt haben

	Versicherte nach § 13 Abs. 2 SGB V
1. Stichtag 1.1 / 1.4 / 1.7 / 1.10	<input type="text"/>
2. Stichtag 1.2 / 1.5 / 1.8 / 1.11	<input type="text"/>
3. Stichtag 1.3 / 1.6 / 1.9 / 1.12	<input type="text"/>
4. Summe der Stichtage 1. - 3.	<input type="text"/>
5. Statistisches Mittel (Summe 4. div. durch 3)	<input type="text"/>

Die Versichertennummern, Name, Vorname und Geburtsdatum aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V / § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

Unterschrift

Anlage 3

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen

nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme

(redaktionelle Anmerkung: ehem.
Anlage B-MGV vom 20.12.2010
in der Fassung des 1. Nachtrages
vom 28.09.2010)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK - Landesverband NORDWEST,**
die **Krankenkasse für den Gartenbau,**
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**
den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**
– BARMER GEK
– Techniker Krankenkasse (TK)
– Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
– KKH-Allianz (Ersatzkasse)
– HEK - Hanseatische Krankenkasse
– hkk
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg
wird die nachfolgende

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen
nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme
mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2012
geschlossen.

Dieser gemeinsam und einheitlich geschlossene Bereinigungsvertrag wird als Anlage B-MGV Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Präambel

Die Vertragspartner schließen mit Wirkung für die von rubrizierenden Vertragspartnern vertretenen Krankenkassen für den Zeitraum vom 01.01.2011 bis 31.12.2012 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140aff SGB V im Versorgungsbereich bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme.

§ 1 Grundlagen

- (1) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 – Bereinigungsbeschluss für 2011 – 2012 - (im Folgenden 238. Beschluss),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 – Ergänzungsbeschluss 2011 – 2012 - (im Folgenden 242. Beschluss)
 - der Beschlüsse des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 – Datenübermittlungsbeschluss für 2010 - (im Folgenden 218. Beschlüsse),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 235. Sitzung am 24. September 2010 – Überleitungsbeschluss für I/2011 - (im Folgenden 235. Beschluss) sowie
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung im schriftlichen Verfahren – Datenübermittlungsbeschluss für 2011 - 2012 (im Folgenden 246. Beschluss)
- mit Wirkung ab dem I. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2012.
- (2) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassenen Konkretisierungen vereinbart werden.
- (3) Sofern der Bewertungsausschuss und/oder der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vorgenannten Zeitraum neue Beschlüsse fassen, sind diese zu berücksichtigen. Die Vertragspartner werden bei Bedarf umgehend Verhandlungen zur Umsetzung aufnehmen. Im Übrigen gilt § 7.

§ 2 Bereinigungszeitraum Inkrafttreten

- (1) Eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes (MGV-Bereinigung) für Quartale, die vor dem I. Quartal 2011 liegen, findet nicht statt.
- (2) Diese Vereinbarung tritt am 01. Januar 2011 in Kraft und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2012.

§ 3 Voraussetzungen für eine Bereinigung

Voraussetzung für eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs ist, dass eine wirksame Vereinbarung über die Bereinigung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal, in dem die Bereinigung stattfinden soll, vorliegt.

§ 4 Inanspruchnahme des Kollektivsystems

- (1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (2) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß des 238. Beschlusses Abschnitt II, Nr. 1.5, Ziffer 4. erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge.

§ 5 Inhalt und Umfang der Bereinigung

- (1) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).
- (2) Wenn Versicherte einer Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV) und am Selektivvertrag im Bezirk einer anderen KV (Vertrags-KV) teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen (KV-übergreifende Bereinigung). Hierzu ist der 238. Beschluss Abschnitt II Ziffer 1.3 verbindlich anzuwenden. Der durchschnittliche Leistungsbedarf der Vertrags-KV wird nicht zugrunde gelegt. Es werden keine pauschalen Bereinigungsbeträge vereinbart.

- (3) Die Summe der gemäß der Beschlüsse ermittelten jahresbezogenen Leistungsbedarfe der an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten wird entsprechend der jeweils geltenden Honorarvereinbarung auf die Quartale aufgeteilt.
- (4) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der Krankenkasse gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.
- (5) Die Regelungen dieser Vereinbarung finden auf Basis des entsprechenden Leistungsbedarfs von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten auch Anwendung auf Leistungen außerhalb der MGV soweit diese nach Maßgabe der Honorarvereinbarung mengenbegrenzenden Maßnahmen unterliegen.

§ 6 Datenlieferung

- (1) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen im 1. Quartal 2011 finden die 218. Beschlüsse Anwendung. Sofern nach den für die Datenlieferung für das I. Quartal 2011 geltenden Beschlüssen Datenlieferungen erfolgt sind, wird die Bereinigung abweichend von den übrigen Bestimmungen dieses Vertrages aufgrund dieser Daten vorgenommen. Ab dem II. Quartal 2011 ist der 246. Beschluss anzuwenden.
- (2) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse und Absatz 1, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.

§ 7 Fortentwicklung des Vertrages

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen zur Bereinigung nach dieser Vereinbarung gegebenenfalls weiter entwickelt werden müssen. Soweit bei der Durchführung von Bereinigungen weiterer Regelungsbedarf erkennbar wird, werden sich die Vertragspartner unverzüglich in Verbindung setzen.

Hamburg, den 12.09.2011

Protokollnotiz

zur

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen

nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, ob und inwieweit zusätzliche Daten nach den hierfür geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt 246. Sitzung) übermittelt werden.

Anlage 4

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen
nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V

(Redaktionelle Anmerkung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2010
in der Fassung des 1. Nachtrages
vom 28.09.2010)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **Knappschaft**
wird die nachfolgende

Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen
nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V
in Verbindung mit § 87a Absatz 3 Satz 2 und § 83 SGB V
mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2012
geschlossen.

Dieser Bereinigungsvertrag wird als Ergänzungsvereinbarung zum zwischen den Partnern dieser Vereinbarung bestehenden Gesamtvertrag geschlossen.

Präambel

Die Vertragspartner schließen für den Zeitraum vom 01.04.2011 bis 31.12.2012 die nachfolgende Vereinbarung zur Umsetzung der Beschlüsse des (Erweiterten-) Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V im Versorgungsbereich Hamburg. Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme von Selektivverträgen ist Gegenstand einer gesonderten Vereinbarung.

§ 1 Grundlagen

- (4) Bereinigungen nach dieser Vereinbarung erfolgen auf der Grundlage
- des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010 - Bereinigungsbeschluss für 2011 – 2012 - (im Folgenden 238. Beschluss),
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 242. Sitzung am 24. November 2010 - Ergänzungsbeschluss 2011 – 2012 - (im Folgenden 242. Beschluss)
 - des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 246. Sitzung im schriftlichen Verfahren - Datenübermittlungsbeschluss für 2011 – 2012 - (im Folgenden 246. Beschluss)

mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis einschließlich des IV. Quartal 2012.

- (5) Die vorgenannten Beschlüsse sind verbindlich anzuwenden, sofern nicht im Folgenden durch die Beschlüsse zugelassenen Konkretisierungen vereinbart werden.
- (6) Sofern der Bewertungsausschuss und/oder der Erweiterte Bewertungsausschuss für den vorgenannten Zeitraum neue Beschlüsse fassen, sind diese zu berücksichtigen. Die Vertragspartner werden bei Bedarf umgehend Verhandlungen zur Umsetzung aufnehmen. Im Übrigen gilt § 7.

§ 2 Voraussetzungen/Inhalt und Umfang der Bereinigung

- (6) Die Knappschaft hat der KV Hamburg den Abschluss eines Selektivvertrages frühzeitig anzuzeigen und die erforderlichen Vertragsdokumente, zu denen insbesondere der Ziffernkranz gehört, der KV Hamburg zur Verfügung zu stellen. Die KV Hamburg bestätigt unverzüglich den Eingang.
- (7) Im Falle einer Fusion von Krankenkassen ist diese der KV Hamburg anzuzeigen. In diesem Fall ist eine schriftliche Information der KV Hamburg über die

- (8) Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und § 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen. Für die zu bereinigenden EBM-Ziffern gilt § 2 Abs. 1.
- (9) Die Regelungen dieser Vereinbarung finden auf Basis des entsprechenden Leistungsbedarfs von an Selektivverträgen teilnehmenden Versicherten auch Anwendung auf Leistungen außerhalb der MGV soweit diese nach Maßgabe der Honorarvereinbarung mengenbegrenzenden Maßnahmen unterliegen.
- (10) Zur Ermittlung des historischen Leistungsbedarfs je Versicherten bei Hausarztverträgen nach § 73b SGB V werden
- Zur sachgerechten Berücksichtigung von Leistungen der versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften bzw. MVZ's, die in der Festlegung nach Absatz 5 Buchst. d enthalten sind, wird in den Quartalen 1/2008 und 2/2008 der zu bereinigende Leistungsbedarf um 1,37 % gemindert.
 - Zur sachgerechten Berücksichtigung der von Hausärzten veranlassten Laborleistungen im Quartal IV/2008 wird der durchschnittliche Leistungsbedarf der Laborziffern (32025 bis 32128 EBM) im Quartal 3/2008 auf die Quartale 1, 2 und 4/2008 unter Berücksichtigung der Quartalsgewichtung 2008 hochgerechnet und bildet so den historischen Leistungsbedarf für von Hausärzten veranlassten Laborleistungen. Die Quartalsgewichtung ergibt sich je Kasse aus der in der Honorarvereinbarung 2008 enthaltenen Gewichtung der Kopfpauschalen. Sofern zum Zeitpunkt der Bereinigung kein Honorarvertrag 2008 vorliegt, werden die Werte entsprechend aus 2007 angesetzt. Die Einzelheiten zur Umsetzung der vorgenannten Regelung sind gesondert in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführt.
 - Bei der Bereinigung werden die von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten veranlassten oder erbrachten Laborleistungen soweit sie nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, nicht auf die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina, sondern den Vorwegabzug für Laborleistungen nach Ziffer 2.5 Abschnitt I Beschluss Teil F der Beschlüsse des Erweiterten- (Bewertungsausschusses) vom 26. März 2010 (218. Sitzung) und den diesbezüglichen Folgebeschlüssen angerechnet.
 - Ausschließlich Leistungen herangezogen, die von Hausärzten gem. § 73b Abs.1a Satz 1 erbracht werden, die: Im 1. und 2. Quartal 2008 in den EFN-Datensätzen eine der folgenden hausärztlichen Versichertenpauschalen (GOP) des EBM abgerechnet haben:

03110	04110
03111	04111
03112	04112
03120	04120
03121	04121
03122	04122
03130	04130

oder in den Quartalen 3 und 4/2008 in den EFN-Datensätzen in ihrer LANR an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung 01, 02 oder 03 sowie 34 bis 39 oder 46 aufweisen.

- (11) Die Bereinigung des Behandlungsbedarfes findet für Versicherte statt, die nach dem Wohnortprinzip dem Bezirk der KV Hamburg zugeordnet sind (Wohnort-KV).
- (12) Voraussetzung für eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs ist, dass eine wirksame Vereinbarung über die Bereinigung der Regelleistungsvolumen (RLV) für das Quartal, in dem die Bereinigung stattfinden soll, vorliegt.
- (13) Die Summe der gemäß der Beschlüsse ermittelten jahresbezogenen Leistungsbedarfe der an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten wird entsprechend der jeweils geltenden Honorarvereinbarung auf die Quartale aufgeteilt.
- (14) Sofern die Bereinigung Selektivverträge mit situativer Einschreibung/Teilnahme betrifft, wird die Bereinigung nach Feststellung des für den Selektivvertrag maßgeblichen Bereinigungsbetrages je Versicherten anhand der von der Krankenkasse gemeldeten Zahl der tatsächlichen Inanspruchnehmer des Selektivvertrages vorgenommen.
- (15) Der für jede Krankenkasse einvernehmlich festgestellte quartalsbezogene Bereinigungsbetrag wird von der KV Hamburg bei der Abrechnung des jeweiligen Quartals von der MGV in Abzug gebracht. Der Ausweis erfolgt im Rechnungsbrief und entsprechend der Formblatt-Richtlinien unter Kontenart 400, Vorgänge 995 bis 998.
- (16) Die Bereinigung erfasst auch die in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsbedarfe.
- (17) Zur Ermittlung des Leistungsbedarfes zur Bereinigung von Hausarztverträgen werden auch Ziffern mit Suffixen (Gebührenordnungsnummer, die mit Buchstaben spezifiziert sind), die nicht im Bereinigungsziffernkranz nach Absatz 1 enthalten sind, gleichbehandelt wie entsprechende Grundziffern.

§ 3

Deklaratorische Bereinigung

Sofern eine deklaratorische Bereinigung des Behandlungsbedarfes durchzuführen ist, erfolgt diese nach denselben Grundsätzen, wie sie in dieser Vereinbarung beschrieben sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die deklaratorische Bereinigung als Bereinigungsart zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages und der KV Hamburg konkret vereinbart worden ist.

§ 4 Inanspruchnahme des Kollektivsystems

- (1) Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (2) Nehmen in Selektivverträgen eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke im Kollektivvertrag in Anspruch, erfolgt eine Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich. In diesen Fällen vergütet die Krankenkasse der KV Hamburg die Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV.
- (3) Für die Vergütungen der im Rahmen einer nicht vertragsgemäßen Inanspruchnahme gemäß des 238. Beschlusses Abschnitt II, Nr. 1.5, Ziffer 4. erbrachten Leistungen werden Abschlagszahlungen vereinbart. Die Ermittlung der Abschlagszahlungen erfolgt dabei in entsprechender Anwendung der jeweils geltenden Gesamtverträge

§ 5 Notdienst

Leistungen des ärztlichen Notdienstes (Scheinart N) werden über die KV Hamburg abgewickelt. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung um diese Leistungen findet nicht statt. Im Übrigen gelten die Verträge der Ersatz- und Primärkassen über die Durchführung und Abrechnung der vertragsärztlichen Versorgung im Notdienst in der jeweils gültigen Fassung.

§ 6 Datenlieferung

- (3) Hinsichtlich der Datenlieferungen für Bereinigungen ab dem 2. Quartal 2011 finden die 246. Beschlüsse Anwendung.
- (4) Erfolgt keine fristgerechte Lieferung der Daten an die KV Hamburg entsprechend der Beschlüsse, findet eine Bereinigung für das betreffende Quartal nicht statt.
- (5) Eine Bereinigung erfolgt nur für Versicherte, die in den fristgerecht gelieferten Daten an die KV Hamburg enthalten sind.
- (6) Für Leistungen, die nicht im Ziffernkranz aufgeführt sind, findet eine Bereinigung nicht statt.

§ 7 Fortentwicklung des Vertrages

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelungen zur Bereinigung nach dieser Vereinbarung gegebenenfalls weiter entwickelt werden müssen. Soweit bei der Durchführung von Bereinigungen weiterer Regelungsbedarf erkennbar wird, werden sich die Vertragspartner unverzüglich in Verbindung setzen.

§ 8 Bereinigungszeitraum/Inkrafttreten

Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum vom II. Quartal 2011 bis zum IV. Quartal 2012 und endet, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf, am 31.12.2012.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

Hamburg, den 12.09.2011

Protokollnotiz
zur
Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

Die Vertragspartner werden bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, ob und inwieweit zusätzliche Daten nach den hierfür geltenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses (zuletzt 246. Sitzung) übermittelt werden.

Des Weiteren werden die Vertragspartner bis zum 01.03.2011 eine einvernehmliche Regelung darüber treffen, wie eine Berücksichtigung von Bereinigungen bei den Abschlagszahlungen über die bereits in § 4 geregelten Fälle hinaus zu erfolgen hat.

Protokollnotiz

Die KV Hamburg wird mit der Knappschaft bis zum 29.09.2011 eine Abstimmung des Ziffernkranzes mit dem Ziel der Einvernehmensherstellung vornehmen.

Die Vertragspartner haben den RLV-Bereinigungsvertrag als Anlage zum Verteilungsmaßstab vereinbart. Für den Fall, dass der Verteilungsmaßstab nicht mehr gemeinsam und einheitlich vereinbart werden muss, findet § 2 Absatz 7 keine Anwendung mehr.

Anlage 1 zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes

Die hausärztlich veranlassten Laborleistungen gem. § 2 Absatz 5 Buchstabe b) werden wie folgt ermittelt:

Schritt	Bezeichnung	Inhaltsbeschreibung
1	Auswertung der Leistungsbedarfe 2008	Dabei werden für einen am Hausvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten nur die Leistungsbedarfe aus Quartalen des Jahres 2008 herangezogen, in denen dieser Versicherte mit Wohnsitz in der KV Hamburg durchgängig bei der betreffenden Krankenkasse versichert war.
2	Trennung der ermittelten Leistungsbedarfe 2008	Hierzu werden die Leistungsbedarfe nach beschlusskonformer Ermittlung für alle 4 Quartale 2008 a) in den Labor-Leistungsbedarf (GOP 32025 – 32128) sowie b) in den Rest-Leistungsbedarf gesplittet. Technisch werden hierzu die Laborbehandlungsbedarfe aus der regulären Leistungsbedarfsdatei Satzart L09 gestrichen. An deren Stelle treten die ermittelten durchschnittlichen Laborleistungsbedarfe nach Ziffer 4. Die Darstellung erfolgt durch eine fiktive Laborziffer „Labor1 bis 4“ je Quartal I. bis IV/2008.
3	Ermittlung des durchschnittlichen Laborleistungsbedarfs aus dem III. Quartal 2008	Die Ermittlung gem. § 2 Absatz 5 Buchstabe b) erfolgt durch <ul style="list-style-type: none"> - Aufsummierung sämtlicher ermittelter Laborleistungen nur des III. Quartals 2008 - Durch Division dieser Summe durch alle am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten, deren Leistungsbedarfe nach Schritt 1 im III. Quartal 2008 ausgewertet werden Im Divisor sind auch am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmende Versicherte enthalten, deren Leistungsbedarf Labor im III. Quartal 2008 NULL ist. Der Divisor enthält nur die am Hausarztvertrag (HZV) teilnehmenden Versicherten, die die Voraussetzungen des Schritt 1 im III. Quartal 2008 erfüllen.
4	Quartalspezifische Anpassung des ermittelten Laborleistungsbedarfs	Der ermittelte durchschnittliche Laborleistungsbedarf wird entsprechend der quartalsweisen Aufteilung der kassenspezifischen Kopfpauschalen 2008 (bzw. sofern nicht vorhanden 2007) angepasst. Hierzu wird zunächst ein Mittelwert aus allen Kopfpauschalen I – IV/2008 gebildet. Anschließend wird die Abweichung der quartalsweisen Kopfpauschalen vom Mittelwert errechnet. Der ermittelte durchschnittliche Laborleistungsbedarf III/2008 wird dann für jedes Quartal I bis IV/2008 mit dem entsprechenden Anpassungsfaktor multipliziert und ergibt den für das jeweilige Quartal 2008 zu bereinigenden Laborleistungsbedarf.
5	Ansatz des quartalsweise ermittelten Laborleistungsbedarfs	Der je Quartal 2008 ermittelte Laborleistungsbedarf tritt an die Stelle der individuellen Labor-Leistungsbedarfe im jeweiligen Quartal 2008 (die normalerweise ausgewertet würden, wenn Ausprägung "1" in Feld 13 der Satzart L07).

Im Übrigen erfolgt die Berechnung der Leistungsbedarfe beschlussgemäß.

Anlage 5

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Leistungsvergütung im Rahmen des Mammographie-Screenings

(Redaktionelle Anpassung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 10.08.2009
in der Fassung des 1. Nachtrages vom 15.12.2009)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**
und
der **Knappschaft**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom 01.01.2008

**zur Leistungsvergütung im Rahmen des Mammographie-
Screenings**

vereinbart:

§ 1 Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening erfolgt entsprechend der Maßgabe des EBM, Kapitel 1.7.3 und Kapitel 40, Abschnitt 40.16 EBM außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg abgerechnet.
- (2) Die Punktwerte für die Vergütung der abgerechneten Leistungen sind in der untenstehenden Tabelle aufgeführt.

Teilnehmerquote	Punktwert	Leistungsbezogener Zuschlag auf den Punktwert in Cent
bis < 50%	3,5048	0,1810
50% bis < 60%	3,5048	0,0693
ab 60%	3,5048	-

Die Teilnehmerquote wird den Vertragsparteien quartalsweise von der Zentralen Stelle nach Nr. 4. b Abs.5 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien übermittelt.

- (3) Mit der Vergütung sind alle weiteren Kosten des Mammographie-Screenings abgegolten.

§ 2 Definition der Teilnahme

Als Teilnehmerin am Mammographie-Screening gilt die anspruchsberechtigte Frau im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die aufgrund der Einladung der Zentralen Stelle in der Screening Einheit die Mammographie nach Nr. 01750 EBM hat durchführen lassen.

§ 3 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderjahr gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Hamburg, den 15.12.2009

Anlage 6

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

(redaktionelle Anmerkung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 11.06.2010)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**
und
der **Knappschaft, Regionaldirektion Hamburg**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft

zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

geschlossen:

Präambel

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherstellung und Förderung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose.

Die Abbildung dieses Krankheitsbildes im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist derzeit ungeeignet, um die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg sicherzustellen.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass vor diesem Hintergrund zu einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind. Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend beschriebenen Strukturpauschale.

§ 1

Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben alle Versicherten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).

§ 2

Teilnahmegenehmigung

(1) Ärzte beantragen ihre Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) gegenüber der KVH und weisen hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennen die Inhalte dieses Vertrages an.

(2) Bei Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 3 erteilt die KVH die Genehmigung zur Abrechnung der Leistung nach dieser Vereinbarung.

(3) Der Arzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der KVH schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen.

(4) Die Teilnahme des Arztes endet auch mit dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 3. Die KVH teilt dem Arzt das Ende seiner Teilnahme mit.

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen

(1) Ärzte, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllen, sind teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag.

(2) Zur Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zur regelmäßigen Teilnahme an von den Ärztekammern und/oder der

(3) Die Teilnahme an einer(m) Fortbildung/Qualitätszirkel ist der KVH einmal jährlich nachzuweisen. Die Fortbildungsnachweise sind an das Kalenderjahr gebunden. Werden die Fortbildungen nicht bis zum 15.02 eines jeden Folgejahres nachgewiesen, erlischt die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf des 1. Quartals des Kalenderjahres. Die Nachweispflicht für die teilnehmenden Ärzte beginnt im Jahr 2009.

§ 4 Versorgungsauftrag der Ärzte

Die teilnahmeberechtigten Ärzte übernehmen die umfassende qualitätsgesicherte ambulante Betreuung und Versorgung von Patienten mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G). Dies beinhaltet insbesondere folgende diagnostische und therapeutische Ausstattung, die Praxen vorhalten oder zu der sie jederzeit Zugang haben müssen:

- Allgemeine Diagnostik und Beratung:
 - Anamnese
 - Körperliche Untersuchung
 - Laboruntersuchungen
 - Intrakutantests
 - Schweißtest
 - Bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT)
 - Beratung
 - Ernährungsberatung
 - Psychologische Beratung und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
 - Beratung zur und Kontrolle der Physiotherapie

- Zu pneumologischen Fragestellungen:
 - Lungenfunktionsmessungen
 - Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage
 - Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz

- Zu gastroenterologischen Fragestellungen:
 - Sonographie
 - ERCP
 - PEG

- Zu genetischen Fragestellungen
 - Humangenetische Beratung
 - DNA-Analyse

- Zu HNO-ärztlichen Fragestellungen:
 - Nasennebenhöhlenendoskopie
 - Audiometrie

- Zu kardiologischen Fragestellungen:
 - Echokardiographie
 - EKG, Belastungs-EKG
- Zu orthopädischen Fragestellungen
 - z. B. Osteodensitometrie
 - Physiotherapie
- Diätetik
- Psychosoziale Betreuung
- Intensivmedizinische und thoraxchirurgische Versorgung

§ 5 Vergütung

(1) Werden bei der Behandlung von Patienten nach § 1 dieser Vereinbarungen Leistungen erbracht, die in der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung aufgeführt sind, werden sie nach dieser vergütet.

(2) Zur Erstattung des besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwandes, welcher durch die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 anfällt, werden abschließend durch eine Strukturpauschale außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Leistungsbeschreibung	Abr.- Nr.	Vergütung
Strukturpauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages nach § 4 und dem damit verbundenen besonderen Betreuungs-/Versorgungsaufwand	94700	285,- € pro Patient pro Quartal
Die Pauschale ist nur bei der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) abrechnungsfähig		

§ 6 Abrechnungsverfahren

(1) Die Strukturpauschale gem. § 5 ist über die KVH abzurechnen. Die Abrechnung erfolgt über einen gesondert anzulegenden Behandlungsausweis auf dem nur die Strukturpauschale unter der Angabe der gesicherten Diagnose mit dem ICD Schlüssel E 84.- zzgl. Zusatzkennzeichen G abzurechnen ist. Die KVH ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Die Ausweisung der vorgenannten Strukturpauschale erfolgt im Rahmen der Rechnungslegung. Eine Ausweisung im Formblatt 3 ist ausgeschlossen.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern mit der Maßgabe, dass eine Abrechnung direkt mit den durch die rubrizierenden Vertragspartner repräsentierten Krankenkassen erfolgt.

§ 7 Schweigepflicht / Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder durch solche Vorschriften zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

§ 10 Laufzeit und Kündigung und Beitritt bzw. Widerruf

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2009 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2010, gekündigt werden.

Anlage 1

**Zur Vereinbarung zur Förderung
der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

A N T R A G

auf Teilnahme am Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

I. Persönliche Angaben

.....
LANR

.....
Name, Vorname, ggf. Titel geb. am

.....
Praxisanschrift (Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen ist) Telefon

.....
BSNR (bitte alle BSNR einschließlich Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben)

Niederlassung als Vertragsarzt (im Gebiet der KV) ab.....

in Einzelpraxis _ in Gemeinschaftspraxis _ im MVZ

bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben

.....

II. Fachliche Anforderungen

- Ich bin als Arzt tätig in einer Praxis, die die Voraussetzungen nach Anlage 2 zu dieser Vereinbarung erfüllt. Die entsprechenden Nachweise habe ich beigefügt.

III. Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder der KVH anerkannten Fortbildungen oder Qualitätszirkeln mit einer Mindestgesamtpunktzahl von 20 pro Jahr, davon mindestens 5 Punkte Fortbildungen, teilzunehmen.
- die Fortbildungsnachweise jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr jeweils bis spätestens zum 15.02. des Folgejahres bei der KVH einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. eines jeden Folgejahres erbracht werden, die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt.

IV. Allgemeines

Leistungen nach dem Vertrag zur qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift/Vertragsarztstempel

Anlage 2

Zur Vereinbarung zur Förderung der qualitätsgesicherten Mukoviszidose-Versorgung

Die folgenden Anforderungen sind vom/von der Arzt/Ärztin bei der Antragstellung gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen:

Persönliche fachliche Anforderungen

- Facharzt/Fachärztin (Kinderarzt/Kinderärztin) bei Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Versorgung von mindestens 50 Kindern oder Jugendlichen mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G) bzw.
- Internist/Internistin (z.B. mit Teilgebiet Pneumologie) bei Versorgung von Erwachsenen bei Versorgung von mindestens 50 Erwachsenen mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G)
- bei einer kombinierten Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mindestens 35 Kinder und Jugendliche und mindestens 35 Erwachsene mit der gesicherten Diagnose Cystische Fibrose (CF = Mukoviszidose; ICD E84,- G).

Personelle Ausstattung der Praxis

Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die Patientenversorgung mit einem multidisziplinären Team aus folgenden Bereichen sicherstellen:

- Mindestens 1 Arzt/Ärztin, der „Therapie-Erfahrung“ von 100 Patientenjahren (Produkt aus Zahl der selbst betreuten Patienten und der Dauer der Betreuung in Jahren) besitzt.
- Psychosozialer Dienst: z. B. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, Psychologe/Psychologin und/oder Sozialpädagoge/Sozialpädagogin
- Physiotherapie: Physiotherapeut/Physiotherapeutin
- Ernährungsberatung: Diätassistent/Diätassistentin oder Oecotrophologe/Oecotrophologin
- Spezialisierter Pflegedienst oder Arzthelfer/Arzthelferin

Medizinisch-technische Ausstattung

Die Praxis, in der der Arzt/die Ärztin die besondere Patientenversorgung nach dieser Vereinbarung ausübt, hat die diagnostischen und therapeutischen Ausstattungen, die der Versorgungsauftrag nach § 4 dieser Vereinbarung beinhaltet, vorzuhalten oder jederzeit zu diesen Zugang zu haben. Hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattungen kann der Nachweis auch durch Kooperationsvereinbarungen geführt werden.

Protokollnotiz

Sollte der Einheitliche Bewertungsmaßstab zu diesem Krankheitsbild Änderungen unterworfen sein, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht dieser Anlage zum Gesamtvertrag. Die Kündigung ist zum Termin des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes möglich. Sollten trotz Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild, die bestehende qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Versorgungsbereich Hamburg nicht sichergestellt sein, kann statt einer Kündigung der Vereinbarung alternativ eine neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag vereinbart werden. Die neue Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 dieser Anlage zum Gesamtvertrag tritt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu diesem Krankheitsbild in Kraft.

Anlage 7

zum Gesamtvertrag zwischen der KVH
und der Knappschaft
vom 25.11.2011

Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch

(redaktionelle Anmerkung: ehem.
Ergänzungsvereinbarung vom 20.04.2011)

Zwischen
der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**
und
der **Knappschaft**
wird folgende

Ergänzungsvereinbarung

zum Gesamtvertrag KBV/Knappschaft vom 01.01.2009

zur Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch

geschlossen:

Präambel

Gemäß den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV) erfolgt die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch nach der jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung.

Die Partner dieser Vereinbarung stellen fest, dass – unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen – zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung sowie einer angemessenen Vergütung weitere Regelungen erforderlich sind.

Dies erfolgt im Versorgungsbereich Hamburg in Form der nachfolgend aufgeführten Pauschalvergütung.

§ 1 Vergütungsregelung

(1) Für die Erbringung der Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Ärztliche Leistungen inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen bei der Behandlung gemäß Absatz 1 werden mit

Ausnahme der Leistungen bei medikamentösem Schwangerschaftsabbruch und der Anästhesie je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99600** vergütet.

(3) Sofern die Leistungen nach Absatz 2 unter Lokalanästhesie durchgeführt werden, erfolgt die Vergütung je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99601**. Die Leistung nach Absatz 2 und nach Absatz 4 darf in diesem Fall nicht abgerechnet werden.

(4) Leistungen der Anästhesie inklusive Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungen der Anästhesie, die im Zusammenhang mit den vorstehenden Leistungen nach Absatz 2 stehen und nicht gemäß Absatz 3 lokal durchgeführt werden, werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99602** vergütet.

(5) Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung gemäß Absatz 1 sowie die Sach- und Medikamentenkosten im Zusammenhang mit den vorgenannten Leistungen werden je Behandlungsfall pauschal nach der **GOP 99603** vergütet, wenn der Schwangerschaftsabbruch medikamentös durchgeführt wird (Medikamentöser Abbruch).

(6) Die Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Absatz 1 bis 5 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch werden je Behandlungsfall auf Einzelnachweis pauschal nach der **GOP 99604** vergütet.

Die Abrechnung der Pauschale (GOP 99604) setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Abrechnung der EBM-Gebührenordnungsposition 01912 voraus.

(7) Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden Sachkosten sind mit den vorstehenden Pauschalen abgegolten. Die in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ziffern) dürfen nicht neben den jeweiligen Pauschalen abgerechnet werden.

Für die EBM-Ziffern 01900 bis 01902 gilt der vorgenannte Abrechnungsausschluss auch im selben Arztfall.

(8) Die Vergütung ergibt sich aus der Anlage 1.

§ 2 Schlussbestimmung

(1) Die Zahlung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird entsprechend der Leistungsbedarfe der Quartale I bis IV/2008 für vorstehend genannte Leistungen bereinigt. Das Nähere stimmen die Partner der Gesamtverträge im Schriftwechsel ab.

(2) Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen dieses Vertrages erfolgt nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen der KV Hamburg. Die KV Hamburg ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostenaufwand gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen. Hin-

sichtlich der Abrechnung und Ausweisung im Formblatt 3 gelten im Übrigen die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

(3) Die Vereinbarung tritt mit Wirkung ab dem 01. April 2011 in Kraft.

(4) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Hamburg, den 20.04.2011

Anlage 1

ZUR

Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch

Nr.	Pauschale	Betrag in EUR	GOP
1	<p>Gynäkologie I in Vollnarkose - ohne Anästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4)</p> <p>1 x je Behandlungsfall</p> <p>Neben der GOP 99600 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 32045, 32125, 40120 und 40144 nicht abrechenbar.</p>	250,00	99600
2	<p>Gynäkologie I mit Lokalanästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten sowie Lokalanästhesie mit Ausnahme des medikamentösen Abbruchs Nr. 4)</p> <p>1 x je Behandlungsfall</p> <p>Neben der GOP 99601 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01904, 01910, 08211, 31800, 32045, 32125, 40120 und 40144 sowie die GOP 99600 und 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.</p>	275,50 EUR	99601
3	<p>Anästhesie (ärztliche Leistungen und Sachkosten der Anästhesie im Zusammenhang mit Nr. 1)</p> <p>1 x je Behandlungsfall</p> <p>Neben der GOP 99602 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01903, 01913, 05211 und 05230 sowie die GOP 99601 dieses Vertrages nicht abrechenbar.</p>	230,00 EUR	99602
4	<p>Gynäkologie II (ärztliche Leistungen bei medikamentösem Abbruch und Sachkosten ohne EBM 40156)</p> <p>1 x je Behandlungsfall</p> <p>Neben der GOP 99603 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01901, 01902, 01906, 01911, 08211 und 33044 sowie die GOP 99600 bis 99602 dieses Vertrages nicht abrechenbar.</p>	268,70 EUR	99603
5	<p>Kontrolluntersuchung (Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach Nr. 1, 2 oder 4 nach Maßgabe von § 1 Absatz 6)</p> <p>1 x je Behandlungsfall auf Einzelnachweis</p> <p>Die Leistung setzt die Genehmigung der KV Hamburg nach der Ultraschall-Vereinbarung gem. § 1 Absatz 6 voraus.</p> <p>Neben der GOP 99604 sind die EBM-Gebührenordnungspositionen 01912 und 33044 nicht abrechenbar.</p>	24,50 EUR	99604

Protokollerklärung

Anlässlich der Unterzeichnung der „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch“ stimmen die Partner der Gesamtverträge sowie die Freie- und Hansestadt Hamburg (FHH) darin überein, dass die FHH die zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Vergütungen entsprechend den hierfür geltenden Regelungen des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)) vollumfänglich gegen sich gelten lässt.

Hamburg, den 20.04.2011