

Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) vom 01.04.2025

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK-Landesverband NORDWEST,**

der **IKK classic,**

der **KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord,**

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche
Krankenkasse (LKK),**

den nachfolgend benannten **Ersatzkassen in Hamburg**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkassen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

dem **Träger der Sozialhilfe Freie und Hansestadt Hamburg,**

vertreten durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
(Sozialbehörde) als Kostenträger für die nicht krankenversicherten Leistungsempfänger nach dem
Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), die nicht nach § 264 SGB V von Krankenkassen betreut
werden

vom 01.04.2025

Diese gemeinsam und einheitlich vereinbarte Ergänzungsvereinbarung wird als Anlage
„Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von
Sprechstundenbedarf (SSB) vom 01.04.2025“ Bestandteil der zwischen den einzelnen Partnern dieser
Vereinbarung bestehenden Gesamtverträge.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Vertrag die männliche Sprachform gewählt.

Wenn Personen in männlicher Form genannt werden, so ist die weibliche und diverse Form
eingeschlossen.

Präambel

Diese Vereinbarung über die Erstattung von Sachkostenpauschalen für Kontrastmittel dient dazu, im Bereich der Kosten des Sprechstundenbedarfs Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und effizienten Ressourceneinsatz auf der Ärzteseite zu gewährleisten. Durch die versichertenbezogene Abrechnung der Pauschalen erfolgt zudem eine direkte Zuordnung der nicht in den Gebührenordnungspositionen des EBM enthaltenen Kosten zum verantwortlichen Kostenträger. Die vereinbarten Pauschalen sollen die durchschnittlichen Kosten eines Kontrastmittelfalles widerspiegeln und werden bei Änderungen den neuen Gegebenheiten angepasst.

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Radiologie, Fachärzte für Radiologische Diagnostik und Diagnostische Radiologie sowie Nuklearmediziner im KV-Bereich Hamburg (im folgenden Radiologen genannt).
- (2) Die Anforderung von Kontrastmitteln über den Sprechstundenbedarf ist bei der Abrechnung der Kontrastmittelpauschalen nach dieser Vereinbarung nicht mehr möglich. Dieses gilt auch für die in § 4 Absatz 6 genannten Fälle/Konstellationen.
- (3) An die Stelle der Anforderung mit einer Verordnung über Sprechstundenbedarf zu Lasten der SSB- abwickelnden Stelle tritt der Einkauf von Kontrastmitteln durch die Ärzte auf eigene Kosten. Diese Kosten für die Anwendung eines Kontrastmittels werden den Ärzten pauschal durch die Euro-Zuschläge nach Pseudoziffern zu den in dieser Vereinbarung genannten EBM-Positionen erstattet, in Ausnahmefällen nach § 4 Abs. 6 erfolgt die Abrechnung der Sachkosten auf dem Behandlungsschein.
- (4) Um medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen im Kontrastmittelbereich zu vermeiden und auch keinen wirtschaftlichen Anreiz zu setzen, radiologische Leistungen (hier: MRT) oder den Einsatz von Kontrastmitteln zu steigern, wird der Arztpraxis zur Orientierung eine Kontrastmittelquote (KM-Quote) mitgeteilt. Die Einhaltung der KM-Quote durch die Praxis entbindet nicht von der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots und trifft auch keine Aussage zur Wirtschaftlichkeit des Kontrastmitteleinsatz. Die Menge soll ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (5) Sind in einer Arztpraxis¹ neben den Radiologen weitere Arztgruppen tätig, die ebenfalls zur Erbringung ihres Leistungsspektrums Kontrastmittel über den Sprechstundenbedarf beziehen, unterliegen auch diese Ärzte den Bestimmungen dieses Vertrages. Auch für diese Ärzte ist ein Bezug von Kontrastmitteln über den Sprechstundenbedarf ausgeschlossen.

¹ Die Definition der Arztpraxis entspricht derjenigen in den Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung vom 12. Juni 2008 in der jeweils gültigen Fassung.

§ 1a Übergangsvorschriften

Tritt diese Vereinbarung außer Kraft, so können die dieser Vereinbarung unterliegenden Kontrastmittel erst zum Ende des ersten Abrechnungsquartals nach Außer-Kraft-Treten als Sprechstundenbedarf verordnet werden.

§ 2 Grundsätze

(1) Kontrastmittelpauschalen (KM-Pauschalen) nach dieser Vereinbarung können nur abgerechnet werden, wenn:

- die Kosten für das Kontrastmittel nicht mit den EBM Leistungen abgegolten sind,
- die in § 4 genannten radiologischen Leistungen erbracht und abgerechnet werden und
- Kontrastmittel tatsächlich angewendet wurden.
- das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V beachtet wird. Ein Kontrastmittel soll nur verabreicht werden, wenn dies zur Diagnostik notwendig und zweckmäßig ist

(2) Die Berechnungen zur Höhe der KM-Pauschalen basieren auf einem durchschnittlichen Bedarf. Sie berücksichtigen somit

- Unterschiede von Körpergewichten,
- höhere Kontrastmittelmengen im Einzelfall,
- unterschiedliche Konzentrationen eines Kontrastmittels,
- Verlust bei der Anwendung oder Wiederholung usw.

Bei den Pauschalen für jodhaltige Kontrastmittel sind auch die höheren Konzentrationen 350/370 oder 400er mg/ml Jod berücksichtigt, da sich hierbei die angewendete Menge durch die höhere Konzentration erniedrigt.

§ 3 Pauschalen

1. Bariumhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT Untersuchungen

Pauschale B1	für 125ml Bariumsulfat	Pseudoziffer 91300	3,00 €
Pauschale B2	für 250ml Bariumsulfat <u>oder</u> für 150ml CT Suspension	Pseudoziffer 91301	6,00 €
Pauschale B3	für 500ml Bariumsulfat <u>oder</u> für 300 ml CT Suspension	Pseudoziffer 91302	12,00 €
Pauschale B4	für 1000ml Bariumsulfat	Pseudoziffer 91303	24,00 €

2. Jodhaltige Kontrastmittel für Röntgen und CT Untersuchungen

Pauschale J1	für 10ml (300mg/ml Inj. Lös.)	Pseudoziffer 91304	5,00 €
Pauschale J2	für 50ml (300mg/ml Inj. Lös.)	Pseudoziffer 91305	21,00 €
Pauschale J3	für 100ml (300mg/ml Inj. Lös.)	Pseudoziffer 91306	42,00 €

3. Gadoliniumhaltige Kontrastmittel für die Magnetresonanztomographie (MRT)

Pauschale M1	für durchschnittlich 18,7 ml 0,5mmol/l Kontrastmittel <u>oder</u> 9,4ml 1mmol/l Kontrastmittel	Pseudoziffer 91307	49,40 €
--------------	---	--------------------	---------

§ 4 Abrechnungsbestimmungen

1. Konventionelles Röntgen, Barium basierte Kontrastmittel

Pseudoziffer 91300 ist neben EBM 34212, 34240, 34241, 34242, 34246 abrechenbar.

Pseudoziffer 91301 ist neben EBM 34247 abrechenbar.

Pseudoziffer 91302 ist neben EBM 34248, 34252 abrechenbar.

Pseudoziffer 91303 ist neben EBM 34251 abrechenbar.

Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91300 bis 91303 einfach abrechenbar. Für die Gallenwege nach EBM 34250 gibt es kein Kontrastmittel mehr.

2. Konventionelles Röntgen, jodhaltige Kontrastmittel

Pseudoziffer 91304 ist neben EBM 34235, 34236, 34260 abrechenbar.

Pseudoziffer 91305 ist neben EBM 34256, 34257, 34294, 34296, 34297 abrechenbar.

Pseudoziffer 91306 ist neben EBM 34255 abrechenbar.

Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91304 bis 91306 einfach abrechenbar.

3. Computertomographie (CT), bariumbasierte Kontrastmittel

Pseudoziffer 91301 ist neben EBM 34340,34342 abrechenbar.

Pseudoziffer 91302 ist neben EBM 34341 abrechenbar.

Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91301 oder 91302 einfach abrechenbar. Die Kontrastmittel zur GOP EBM 34343,34344 sind in der 34340, bzw. 34342, bzw. 34341 enthalten.

4. Computertomographie (CT), jodhaltige Kontrastmittel

Pseudoziffer 91305 ist neben EBM 34310, 34321 abrechenbar.

Pseudoziffer 91306 ist neben EBM 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34370 abrechenbar.

Kontrastmittel-CT-Untersuchungen in anderen Untersuchungsregionen sind nur nach Einzelfallbegründung auf dem Behandlungsschein und mit der Pseudoziffer 91305 abrechenbar.

Je Behandlungstag ist nur eine Pseudoziffer 91305 oder 91306 einfach abrechenbar.

5. Magnetresonanztomographie (MRT)

Pseudoziffer 91307 ist neben EBM 34410-34451 in Verbindung mit EBM 34452 abrechenbar.

Pseudoziffer 91307 ist neben EBM 34431,34460,34470-34490 abrechenbar.

Je Behandlungstag ist die Pseudoziffer 91307 nur einmal abrechenbar.

6. Ausnahmen:

Bei der Anwendung von speziellen Kontrastmitteln, die einer besonderen Indikation bedürfen (z.B. Leberkontrastmittel (Primovist), Myelographie Kontrastmittel (Imeron300M), Jodpräparate im Rahmen von Nadelkontrollen und therapeutischen Eingriffen (RSO) usw.), können die Kontrastmittel als Sachkosten auf dem Schein geltend gemacht werden. Das gleiche gilt für die Abrechnung von Leistungen des EBM, die in dieser Vereinbarung nicht aufgeführt sind und die einer Anwendung von Kontrastmitteln bedürfen. Die Abrechnung dieser Sachkosten ist mit der Pseudoziffer 91308 zu kennzeichnen.

7. Die für die Vertragsärzte geltenden Abrechnungsbestimmungen und Zahlungsregelungen der KV Hamburg finden Anwendung, soweit in dieser Vereinbarung keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

8. Die KV Hamburg ist berechtigt, den satzungsgemäßen Verwaltungskostenbeitrag auf die abgerechneten Pauschalen nach § 3 zu erheben.

§ 5 Festlegung und Berechnung einer Kontrastmittelquote für Magnetresonanztomographien (MRT-KM-Quote)

(1) Zur Vermeidung medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitungen im Kontrastmittelbereich soll sich die Arztpraxis am eigenen Kontrastmitteleinsatz aus zurückliegenden Abrechnungszeiträumen orientieren. Die praxisindividuelle MRT-KM-Quote wird anhand der Abrechnungsfrequenzen der jeweiligen Arztpraxis für GKV-Versicherte mittels folgender Formel ermittelt:

$$\frac{\text{Anzahl MRT-Pauschalen 91307}}{\text{Anzahl MRT Untersuchungen insgesamt}^2} = \text{KM-Quote}$$

² Summe der abgerechneten Gebührenordnungspositionen 34410 bis 34451 und 34460 bis 34490 je Quartal/Jahr.

Die Berechnungsweise für diese Quote gilt für alle Mitteilungen und Prüfungen der KV ab 01.01.2020, auch wenn sich diese auf zurückliegende Zeiträume beziehen. Für die Ermittlung der praxisindividuellen Quote wird der Durchschnittswert aus den letzten drei vorliegenden Honorarabrechnungsjahren³ (KM-Orientierungswert) ermittelt.

- (2) Der KM-Orientierungswert wird der Arztpraxis zu Beginn eines jeden Jahres von der KV Hamburg mitgeteilt. Darüber hinaus erhält jede Praxis nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse eines Quartals eine Mitteilung über die im jeweiligen Quartal erreichte Quote im Vergleich zum KM-Orientierungswert (sog. „Wasserstandsmeldung“).
- (3) Der KM-Quote einer Arztpraxis liegt die Annahme zugrunde, dass diese den medizinisch begründeten Einsatz von Kontrastmitteln der jeweiligen radiologischen Arztpraxis repräsentiert. Davon abweichende Abrechnungen bzw. Leistungsspektren, die zu einer Änderung der individuellen Quote führen, können bei der KV Hamburg, die durch die Kernspinkommission beraten wird, beantragt werden. Die Anträge sind zu begründen. Über die Ergebnisse der Anträge sind die Krankenkassen zu informieren.
- (4) Neue Praxen erhalten eine Quote entsprechend dem Durchschnitt der Fachgruppe. Personelle Änderungen im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ etc. sind in deren KM-Quoten bereits berücksichtigt. Sollten Änderungen im Rahmen des Leistungsspektrums eintreten, die auch Einfluss auf den Einsatz von Kontrastmitteln haben, so gilt das Antragsverfahren für Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 6 Begrenzungsregelung

- (1) Für die MRT-KM-Pauschalen gilt eine Begrenzungsregelung. Auf Basis der GOP-Frequenzen der 91307 der Abrechnungen des Jahres 2018 für GKV-Versicherte wird die Anzahl der GOPs für ein Kalenderjahr für alle dieser Vereinbarung unterliegenden Arztpraxen KV Hamburg-bezogen auf 130.000 (Obergrenze) festgelegt.
- (2) Bei Frequenzsteigerung der MRT Untersuchungen insgesamt (s. Fn.2) unabhängig vom Einsatz eines Kontrastmittels gegenüber dem jeweiligen Vorjahr wird die Obergrenze entsprechend dem Prozentsatz dieser Steigerung erhöht. Dem liegt die Annahme der Vereinbarungspartner zugrunde, dass, wenn mehr MRT Untersuchungen insgesamt erbracht werden, auch in Relation dazu die MRT KM-Pauschale häufiger abgerechnet wird.
- (3) Bei Überschreiten der für das jeweilige Jahr nach Abs. 1 und 2 ermittelten Obergrenze um mehr als 2 % können die dieser Vereinbarung unterliegenden Arztpraxen individuell für die Rückzahlung des von ihnen verursachten Überschreibungsbetrags haften. Maßgeblich für eine individuelle Haftung kann die individuelle Überschreitung der Quoten nach § 5 sein, wenn im Rahmen von Abrechnungsprüfungen nach § 106 d SGB V oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 a SGB V hierzu Feststellungen getroffen werden.

³ z. B.: KM-Orientierungswert 2020 = Anzahl MRT-Pauschale 91307 der Jahre 2016-18/MRT Untersuchungen insgesamt der Jahre 2016-18. Für das Jahr 2021 sind die Jahre 2017, 2018 und 2019 Basis usw. Der KM-Orientierungswert wird kaufmännisch gerundet auf zwei Nachkommastellen.

- (4) Die Begrenzungsregelung wird nach Vorliegen der Ergebnisse eines vollen Kalenderjahres angewandt. Quartalsweise Über- und Unterschreitung von KM-Quoten einer Arztpraxis werden untereinander verrechnet und es wird die Quote auf das Kalenderjahr bezogen. Folge der Überschreitung der Obergrenze ist, dass die KV Hamburg das Überschreiten der KM-Quote als Aufgreifkriterium für eine Plausibilitätsprüfung nimmt. Im Rahmen dieser Prüfung ist die KV Hamburg berechtigt, hieraus resultierende Überschreibungsbeträge mit den Honoraransprüchen der Arztpraxis zu verrechnen. Diese Prüfung richtet sich nach den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien gemäß § 106d Abs. 6 SGB V i. V. m. der Vereinbarung nach § 106d Abs. 5 SGB V. Ergeben sich im Rahmen dieser Prüfung Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung, beantragt die KV Hamburg eine Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (5) Die Begrenzungsregelung dient ausschließlich als Maßnahme zur Begrenzung medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitungen und stellt keine Obergrenze im Sinne eines Budgets dar. Eine Quotierung der KM-Pauschalen findet nicht statt.
- (6) Bei strukturellen Änderungen, die Auswirkungen auf die Häufigkeit der Kontrastmittelanwendungen haben können, verständigen sich die Vereinbarungspartner kurzfristig über eine Anpassung der Obergrenze. Strukturelle Änderungen können z.B. sein:
 - neu vergebene ILB oder vergleichbare Regelungen,
 - der Ausstieg/Wechsel eines Radiologen aus einer Gemeinschaftspraxis,
 - die Zulassung eines Nuklearmediziners mit MRT-Berechtigung im KV Bereich Hamburg oder
 - vergleichbare Änderungen im Zulassungsbereich sowie
 - in Antragsverfahren nach § 5 nachgewiesene Änderungen individueller Quoten.
- (7) Gegenüber den Versicherten dürfen keine Kosten geltend gemacht werden.

§ 7 Abrechnung

- (1) Die KM-Pauschalen nach dieser Vereinbarung werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Krankenkassen gezahlt.
- (2) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen der Gesamtverträge zwischen den Vertragspartnern.
- (3) Die KM-Pauschalen werden über das Formblatt 3, 6. Ebene, Konto 400, Kapitel 87, Abschnitt 1 abgerechnet. Sofern eine anderweitige Ausweisung durch Änderung der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibungen notwendig wird, verständigen sich die Vertragspartner über die dann neue Ausweisung in Form eines Schriftwechsels.
- (4) Die Krankenkassen erhalten bestandskräftig festgestellte Rückforderungsbeträge aus Überschreitungen der individuellen Quote nach § 6 gegenüber Arztpraxen von der KV Hamburg erstattet. Bei rechtskräftig festgestellten Rückforderungsbeträgen aus Überschreitungen der individuellen Quote nach § 6 gilt der Grundsatz des § 52 Abs. 2 S. 2 BMV-Ä. Sie teilen gemeinsam und einheitlich der KV Hamburg mit, wie diese Beträge auf die einzelnen Kassen aufgeteilt werden sollen.

§ 8 Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Strukturen im Bereich Radiologie und Preisverhältnisse für Röntgenkontrastmittel unverändert bleiben.
- (2) Sofern Änderungen eintreten, die eine Fortsetzung der Vereinbarung unzumutbar machen, kann der betroffene Vertragspartner eine Neuverhandlung und Vertragsanpassung verlangen.
- (3) Scheitern diese Verhandlungen, kann die Vereinbarung mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn der Vereinbarung entsprechende Bestimmung zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass die vorstehende Vereinbarung Lücken aufweist, die der Ergänzung bedürfen.

§ 10 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.04.2025 in Kraft
- (2) Diese Vereinbarung löst die Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf in der Fassung des 4. Nachtrages ab 01.01.2025 ab.
- (3) Vorbehaltlich der Regelung in § 8 kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.03.2027.

Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf
(SSB) vom 01.04.2025

Hamburg, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg –Die Gesundheitskasse, Düsseldorf

BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg
zugleich für die Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

IKK classic

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord, Hamburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der LV Hamburg

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde)

Protokollnotiz
zur
Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche
Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) vom 01.07.2025

Zu § 6 - Begrenzungsregelung

Die KV Hamburg prüft zusätzlich zu den Regelungen gemäß § 6 nach Ablauf der ersten bei-den Quartale jeden Jahres, ob eine Arztpraxis die praxisindividuelle KM-Quote nach § 5 Abs. 2 im Vergleich zum KM-Orientierungswert auffällig um mehr als 5%-Punkte überschreitet. Die Krankenkassenverbände erhalten von der KV Hamburg bis zum 30.11. eine Liste über diese Arztpraxen. Die KV Hamburg liefert jährlich die Berechnungen zu den Begrenzungsregelungen an die Vertragspartner. Diese beinhalten u. a. die quartalsweise und praxisbezogen die Abrechnungsdaten im Vergleich zu den quartalsweise und praxisbezogenen Begrenzungsregelungen. Die Datenlieferung erfolgt bis zum 01.08. des auf den Berichtszeitraum folgenden Jahres.

Zu § 7 Abrechnung

Die KV Hamburg liefert vor Beginn jeden Quartals die BSNR der Arztpraxen, die dieser Vereinbarung unterliegen an die Rezeptprüfstelle Duderstadt und die Krankenkassenverbände.